



TINGVOLL KOMMUNE
KONTROLLUTVALGET

Saksmappe: 2020-1560/01
Arkiv: 033
Saksbehandler: Knut Evandt
Dato: 24.11.2020

Til medlemmene i kontrollutvalget

MØTEINNKALLING

MØTE NR.: 6/20

TID: Tirsdag 01.12.2020, kl. 10

STED: Tingvoll kommunehus

SAKSLISTE :

UTV. SAKSNR.	TITTEL
PS 35/20	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA MØTE 10.11.2020
PS 36/20	REFERAT OG ORIENTERING
PS 37/20	FORVALTNINGSREVISJONSPROSJEKT GRUNNSKOLE – INDIVIDUELT TILPASSET OPPLÆRING - PROSJEKTPLAN OG BESTILLING
PS 38/20	MØTEPLAN 2021
PS 39/20	OPPFØLGINGSLISTA
PS 40/20	EVENTUELT

Eventuelle forfall meldes på tlf. 71 57 40 75, evt. mob 924 38 232

E-post: harald.svendsen@kristiansund.kommune.no

Innkallingen går som melding til varamedlemmer som innkalles etter behov.

Johan-Georg Brandtzæg(s)
leder

Knut Evandt
sekretær

Kopi:
Ordfører
Kommunedirektør
MRR SA



TINGVOLL KOMMUNE
KONTROLLUTVALGET

Saksmappe: 2020-1560/01
Arkiv: 033
Saksbehandler: Knut Evandt
Dato: 24.11.2020

Utvalgssaksnr	Utvalg	Møtedato
35/20	Kontrollutvalget	01.12.2020

GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA MØTE 10.11.2020

Sekretærens innstilling:

Protokollen fra møtet 10.11.2020 godkjennes.

Saksopplysninger

Det vises til protokoll fra møte i Tingvoll kontrollutvalg 10.11.2020.

Knut Evandt
Sekretær



KONTROLLUTVALGET I TINGVOLL KOMMUNE

MØTEPROTOKOLL

Møte nr: 05/20
Møtedato: 10.11.2020
Tid: kl. 10
Møtested: Tingvoll kommunehus
Sak nr: 28/20 – 34/20

Møteleder: John-Georg Brandtzæg

Møtende medlemmer: Lise A. Aasgård, nestleder
Rolf Ruste
Ingvar Kvande
Tone Hagen

Fra sekretariatet: Knut Evandt

Fra MRR IKS: Ingvild Bye Fugelsøy
Guro H. Mørkedal

Mørkedal deltok på Teams under behandlingen av sak 30/20 og 31/20.

Lederen ønsket velkommen og ledet møtet.

Det framkom ingen merknader til innkalling og sakliste.

Innkalling og sakliste ble godkjent.

SAKSLISTE :

UTV. SAKSNR.	TITTEL
PS 28/20	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA MØTE 22.09.2020
PS 29/20	REFERAT OG ORIENTERINGER
PS 30/20	BUDSJETT FOR KONTROLL OG TILSYN 2021
PS 31/20	FORENKLET ETTERLEVELSESKONTROLL 2020 – RISIKO OG VESENTLIGHETSVURDERINGER
PS 32/20	FORVALTNINGSREVISJON – EVENTUELL BESTILLING
PS 33/20	OPPFØLGINGSLISTA
PS 34/20	EVENTUELT

28/20	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA MØTE 22.09.2020
-------	---

Kontrollutvalgets vedtak:

Protokollen fra møtet 22.09.2020 godkjennes.

Kontrollutvalgets behandling:

Kontrollutvalget fattet enstemmig vedtak i samsvar med sekretærens innstilling.

29/20	REFERAT OG ORIENTERING
-------	-------------------------------

Kontrollutvalgets vedtak:

Referatsakene tas til orientering.

Saksopplysninger

Referatsaker:

- RS 05/20 Skriv fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet 02.10.2020 –
 Sekretariatet kan delta digitalt på fysiske møtet
- RS 06/20 Engasjementsbrev – Møre og Romsdal Revisjon SA

Orienteringssaker:

Det var ingen orienteringssaker til dette møtet.

Kontrollutvalgets behandling:

Kontrollutvalget fattet enstemmig vedtak i samsvar med sekretærens innstilling.

30/20	BUDSJETT FOR KONTROLL OG TILSYN 2021
-------	---

Kontrollutvalgets vedtak:

Kontrollutvalgets forslag til budsjett for kontroll- og tilsynsarbeid 2021:

1. Det budsjetteres med en totalramme på kr. 791.000,-, fordelt med hhv. kr. 450.000,- til regnskapsrevisjon, kr. 250.000,- til forvaltningsrevisjon og kr. 91.000 til sekretariattjenester.
2. Budsjettforslaget tar ikke høyde for kjøp av revisjonstjenester som følge av ekstraordinære hendelser.

Kontrollutvalgets behandling:

Kontrollutvalget fattet enstemmig vedtak i samsvar med sekretærens innstilling.

31/20	FORENKLET ETTERLEVELSESKONTROLL 2020 – RISIKO- OG VESENTLIGHETSVURDERINGER
-------	---

Kontrollutvalgets vedtak:

Orienteringen tas til etterretning.

Kontrollutvalgets behandling:

Revisor Guro H. Mørkedal orienterte om de risiko og vesentlighetsvurderingene som har blitt gjort i forbindelse med den forenklete etterlevelseskontrollen for 2020. Temaet for kontrollen vil bli «lojalitet til innkjøpsavtaler».

Kontrollutvalget fattet enstemmig vedtak i samsvar med sekretærens innstilling (5 voterende).

32/20	FORVALTNINGSREVISJON – EVENTUELL BESTILLING
-------	--

Kontrollutvalgets vedtak:

1. Kontrollutvalget bestiller en prosjektplan med temaet Grunnskole – individuelt tilpasset undervisning fra Møre og Romsdal Revisjon SA. Prosjektplanen legges fram for kontrollutvalget på neste møte.
2. Kontrollutvalget ber sekretariatet forespørre kontrollutvalgene i Surnadal, Sunndal og Rindal om å vurdere muligheten for et felles forvaltningsrevisjonsprosjekt om barnevern med mulig oppstart i 2021. Det henvises til tilsvarende vedtak i Surnadal kontrollutvalg 08.09.2020

Kontrollutvalgets behandling:

Kontrollutvalget drøftet seg fram til et felles forslag til vedtak som ble enstemmig vedtatt.

33/20	OPPFØLGINGSLISTE
-------	-------------------------

Kontrollutvalgets behandling:

Følgende orientering ønskes til neste møte:

1. Fylkesmannens tilsyn med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester.
2. Vaktmestertjenester og vedlikehold av kommunale bygg.
 - Prosedyrer for bestilling av vaktmester, innmelding av vedlikeholdsbehov/avvik, samt ansattes kjennskap til disse.
 - Kommunens system for løpende vedlikehold.
 - Oversikt over vedlikeholdsbehov og evt. etterslep.
3. Årsakene til økonomiske overskridelser i forhold til årets budsjett.

34/20	EVENTUELT
-------	-----------

Kontrollutvalget drøftet temaene som er nevnt under sak 33/20.

Dato for neste møte er 1. desember.

John-Georg Brandtzæg
Leder

Lise A. Aasgård
Nestleder

Rolf Ruste

Ingvar Kvande

Tone Hagen

Knut Evandt
Sekretær



TINGVOLL KOMMUNE
KONTROLLUTVALGET

Saksmappe: 2020-1560/01
Arkiv: 033
Saksbehandler: Knut Evandt
Dato: 24.11.2020

Saksframlegg

Utvalgssaksnr	Utvalg	Møtedato
36/20	Kontrollutvalget	01.12.2020

REFERAT OG ORIENTERINGER

Sekretærens innstilling

Referat- og orienteringssakene tas til orientering.

Saksopplysninger

Referatsaker:

RS 06/20 Purring oppfølging av tilsyn – Arkivverket
RS 07/20 Rapport etter tilsyn i Tingvoll kommune – Fylkesmannen i Møre og Romsdal

Orienteringssaker:

OS 05/20 Vedlikehold av kommunale bygg / vaktmestertjenester
- Driftsleder Stig Fjeldset orienterer

Knut Evandt,
sekretær

Returadresse: Arkivverket
Pb. 4013 Ullevål Stadion
0806 OSLO



ARKIVVERKET

TINGVOLL KOMMUNE

Midtvågvegen 2
6630 TINGVOLL

Dato	10.11.2020
Din ref	19/01308
Vår ref.	2019/656

Purring - oppfølging av tilsyn

Vi viser til vårt brev datert 21.08.2020 og svar på søknad om utsettelse for lukking av avvik.

Vi kan ikke se å ha mottatt dokumentasjon for at avvikene 1, 2 og 3 er utbedret innen ny frist 30.09.2020. Vi har heller ikke mottatt oppdatert handlingsplan for de resterende avvikene (4 og 5).

Vi ber om tilbakemelding fra snarest.

Med hilsen

Kjetil Reithaug
fagdirektør
Dokumentasjonsforvaltning

Lillian Lunden
rådgiver

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur



Tingvoll kommune v/ kommunedirektør
Midtvågevegen 2
6630 TINGVOLL

Saksbehandler, innvalgstelefon
Marit Vestad, 71 25 85 51

Oversendelse av rapport etter tilsyn i Tingvoll kommune

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Tingvoll kommune 23.09.20 – 25.09.20. På grunn av pandemisituasjonen i Norge ble tilsynet gjennomført digitalt (Teams). Vi håper at tilsynet vil bli oppfattet som et bidrag til videre utviklingsarbeid på området.

Fylkesmannen undersøkte om kommunen sørger for at helsetjenester til pasienter på sykehjem blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at pasientene får trygge og gode tjenester.

I forkant av tilsynsdagene deltok Tingvoll kommune på samling 10.09.20, sammen med tre kommuner som skal gjennomføre egenvurderingstilsyn på samme tema.

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

Foreløpig rapport er sendt til kommunen for justering av eventuelle feil. Vi mottok ingen ønsker om endringer. Vi oversender med dette endelig rapport fra tilsynet.

Fylkesmannens konklusjon:

Tingvoll kommune sikrer ikke i tilstrekkelig grad at helsetjenester til pasienter på sykehjem blir utført i samsvar med lovkravene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 og 4A.

Tingvoll kommune sikrer ikke at relevante og nødvendige opplysninger i tilstrekkelig grad dokumenteres i pasientenes journal.

Dette er brudd på helsepersonelloven §§ 40 og 16, forskrift om pasientjournal § 4, pasient- og brukerrettigheter §§ 4-1 og 4-3, samt kapittel 4A, helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Kommunens praksis på dette saksfeltet medfører en risiko for at pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp, ikke får nødvendig helsehjelp og at helsehjelpen blir gitt med tvang uten at dette skjer i henhold til regelverket. I tillegg er det en risiko



for at pasienter fratas samtykkekompetanse uten at det er tilstrekkelig grunnlag for dette, herunder uten at det fremgår hvilke undersøkelser og hvilke vurderinger som ligger til grunn for dette.

Fylkesmannen ber om at Tingvoll kommune legger frem en plan for hvordan lovbruddene skal rettes. I tilbakemeldingen bør det gå fram:

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

Vi ber også om at vedlagt rapport blir lagt frem for kommunestyret.

Fylkesmannen ber om tilbakemelding **innen 30.11.20.**

Innhold

1. Tilsynets tema og omfang	2
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet.....	3
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget.....	6
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag	10
5. Fylkesmannens konklusjon	12
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet	14

1. Tilsynets tema og omfang

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

Det landsomfattende tilsynet med kommunale helse- og omsorgstjenester i 2020 er rettet mot kommunens praktisering av tvungen somatisk helsehjelp.

Fylkesmannen har undersøkt om kommunen sikrer at pasienter som mangler samtykkekompetanse får nødvendig helsehjelp og at helsehjelpen så langt det er mulig blir gitt uten bruk av tvang. Undersøkelsene har vært rettet mot kommunens sykehjemstjeneste og har omhandlet følgende områder:

1. Pasienters motstand mot helsehjelpen blir fanget opp.
2. Motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitsskapende tiltak.



3. Pasienters samtykkekompetanse blir vurdert og den som er ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang.
4. Tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert i gjennomføringsperioden.

Fylkesmannen har gjennomført tilsynet som systemrevisjon. Det innebærer at fylkesmannen har undersøkt hvordan kommunen styrer og leder helsetjenestens og helsepersonellets praktisering av tvungen somatisk helsehjelp og om de aktuelle lovkravene oppfylles.

Kommunen har deltatt i samling i forkant og er invitert til samling i etterkant av systemrevisjonen sammen med kommuner som har gjennomført egenvurderinger av sin praktisering av tvungen somatisk helsehjelp. Systemrevisjonen har sammen med samlingene hatt som formål å styrke kommunens eget arbeid med pasientsikkerhet og kvalitet på området tvungen somatisk helsehjelp.

Pasientens meninger og erfaringer med kommunens helsetjeneste er viktig informasjon for tilsynsmyndigheten. Ettersom dette tilsynet har vært gjennomført digitalt har det vært vanskelig å komme i kontakt med pasienter og pårørende til tross for at kommunen er oppfordret til å orientere pasienter og pårørende. Fylkesmannen har laget eget informasjonsskriv til pasienter/pårørende med oppfordring til å ta kontakt. Fylkesmannen gjennomførte samtale med pårørende i forbindelse med tilsynet.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

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

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 4 andre ledd. For dette tilsynet er det undersøkt om kommunen oppfyller krav i:

Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.)
Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.)
Helsepersonelloven (hpl.)
Forvaltningsloven (fvl.)
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
Forskrift om pasientjournal

Kommunens plikt til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring

Kommunen har en generell plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med lov og forskrift, jf. hol. § 3-1 tredje ledd. Disse styringskravene må ses i sammenheng med internkontrollplikten etter helsetilsynsloven § 5. De må videre ses i sammenheng med ansvaret for å tilby og yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester og med plikten til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. hol. §§ 4-1 og 4-2.

Innholdet i styringskravene er nærmere regulert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Internkontroll omtales i forskriften som styringssystem. Styringssystemet er



summen av de aktiviteter, systemer og prosesser som kommunen tar i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tjenestene, jf. forskriftens §§ 6-9. Styringssystemet skal være tilpasset kommunens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig, jf. forskriftens § 5. Tilsvarende gjelder for hvorvidt kommunen skal dokumentere styringsaktivitetene.

I dette tilsynet har vi hatt fokus på følgende styringskrav:

Kommunen har oversikt over områder innenfor tvungen helsehjelp hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, jf. § 6d. Det inngår i plikten til å planlegge å ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt. Tvungen helsehjelp er et risikoområde som krever skjerpet bevissthet om risikostyring og risikohåndtering. For at kommunen skal ha grunnlag for å velge styringstiltak som reduserer risiko, må kommunen ha oversikt over hvor det er risiko og sårbarhet i egen virksomhet.

Kommunen har klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet jf. §§ 6a og 7a

Kommunen skal ha en klar organisering av helsetjenestene og organiseringen skal være kjent for de ansatte. Uklar organisering og fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike tjenester og mellom helsepersonell er en hyppig årsak til svikt i tjenestene. På området tvungen helsehjelp er det ofte flere helsepersonell som yter helsehjelp til samme pasient, men med ulik kompetanse. Det er da helt vesentlig å ha en klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet for å redusere svikt.

Kommunen sikrer at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre sine oppgaver, jf. §§ 6f og 7b

For å kunne organisere helsetjenesten og fordele ansvar og oppgaver, trenger kommunen kunnskap om hvilken kompetanse helsetjenesten har behov for og hvilken kompetanse de ansatte har. Kommunen har et ansvar for at helsepersonell har nødvendighet kunnskap og kompetanse om tvungen somatisk helsehjelp for å kunne etterleve kravene i pbrl. kapittel 4 A og for å kunne utføre jobben sin på en faglig forsvarlig og god måte. Tiltak for å sikre kompetanse skal være tilpasset den enkeltes ansvar og oppgaver.

Kommunen legger til rette for omforent praksis, samarbeid og informasjonsutveksling, jf. §§ 6c og 6d

Tvungen helsehjelp er et område hvor det er behov for samarbeid, rutiner og informasjonsutveksling for å sikre forsvarlig og omforent praksis. Samarbeid og informasjonsutveksling mellom helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten, og samarbeid mellom disse og den som er ansvarlig for helsehjelpen, er videre en forutsetning for å sikre forutsigbarhet og kontinuitet i hjelpetilbudet til pasienten. Samarbeid og informasjonsutveksling er videre nødvendig for at helsepersonell har tilstrekkelig informasjon til å gjøre forsvarlige helsefaglige vurderinger.

Kommunen skal ha vurdert hvilke faglige og administrative rutiner, instruksjoner og avtaler som er nødvendige for å sikre omforent praksis, samarbeid og informasjonsveksling på området tvungen helsehjelp. I dette inngår at kommunen har rutiner for dokumentasjon i pasientenes journal, slik at opplysninger som er av betydning for helsehjelpen er tilgjengelig for de som har tjenstlig behov for det og at opplysningene enkelt kan finnes.

Følge med på at iverksatte tiltak følges i praksis, har effekt og eventuelt korrigeres, jf. §§ 6g, 7e og §§ 8 og 9

Kommunen har ansvar for at iverksatte aktiviteter gjennomføres som planlagt og for å følge med på om de er hensiktsmessige og fungerer etter sin hensikt. Kommunens kontroll kan for eksempel skje gjennom intern rapportering, ved å ha oversikt over meldinger om svikt og mulige



forbedringsområder fra ansatte, oversikt over klager fra pasienter og pårørende og ved å bruke resultat fra pasientundersøkelser og egne revisjoner.

Kommunen skal ha utpekt hvem som skal være overordnet faglig ansvarlig for tvungen helsehjelp. Den/de som er utpekt til å ha denne funksjonen, skal motta kopi av vedtak om tvungen helsehjelp som er fattet i kommunen, og får gjennom vedtakene viktig informasjon om kommunes praktisering av tvungen helsehjelp. Det forventes at kommunen benytter denne informasjonen i sin kontroll av praksis.

Dersom kommunen gjennom sin kontroll avdekker mangler, skal kommunen iverksette nødvendige forbedringstiltak.

Forutsetninger og krav i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A

For at pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A skal komme til anvendelse er det enkelte forutsetninger som må være oppfylt. Helsehjelpen må være somatisk, pasienten må være over 16 år, mangle samtykkekompetanse og motsette seg helsehjelpen. Der forutsetningene er oppfylt, er det en rekke vilkår som må være oppfylt før helsehjelpen kan gjennomføres med tvang, og det er stilt særskilte krav til saksbehandlingen.

Samtykkevurderinger

Hovedregelen er at pasienten skal samtykke til helsehjelpen, jf. pbrl. § 4-1. Der det er usikkert om pasienten forstår konsekvensene av å takke ja eller si nei til helsehjelpen, skal den som har det faglige ansvaret for helsehjelpen vurdere om pasienten mangler samtykkekompetanse etter pbrl. § 4-3. Dette vil ofte være den samme som skal gjøre de helsefaglige vurderingene etter pbrl. kapittel 4 A. Fordi avgjørelser om manglende samtykkekompetanse er en premiss for å benytte tvungen helsehjelp, er det helt vesentlig at pasientens samtykkekompetanse vurderes på en forsvarlig måte.

Motstand mot helsehjelp

Pasienter kan vise motstand mot helsehjelp på ulike måter. Helsehjelp som gjennomføres selv om pasienten motsetter seg den, er å anse som tvungen helsehjelp. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, men ikke motsetter seg helsehjelpen, gir pbrl. § 4-6 helsepersonell hjemmel til å ta avgjørelser om helsehjelpen.

Tillitsskapende tiltak

Tillitsskapende tiltak er tiltak som blir satt i verk for å få pasienten til frivillig å ta imot helsehjelpen. Det er et vilkår om at tillitsskapende tiltak er forsøkt før helsehjelpen gjennomføres med tvang, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve slike tiltak, jf. pbrl. § 4A-3 første ledd.

Helsefaglige vurderinger

Ansvarlig for helsehjelpen skal gjøre helsefaglige vurderinger av om vilkårene i § 4A-3 andre og tredje ledd er oppfylt. Disse vurderingene omfatter om helsehjelpen er nødvendig, noe som innebærer at det omhandler helsehjelp som pasienten har rett på helsehjelpen etter pbrl. § 2-1 a andre ledd og om unnlatelse av å gi helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade. Videre skal vurderingene omfatte om det planlagte tvangstiltaket står i forhold til behovet for helsehjelpen og at tvungen helsehjelp etter en helhetlig vurdering fremstår som den klart beste løsningen for pasienten.

Dersom tiltaket er å anse som et alvorlig inngrep for pasienten, som for eksempel tiltak som innebærer inngrep i kroppen, bruk av reseptbelagte legemidler, tvungen innleggelse og tilbakehold på sykehjem, skal ansvarlig for helsehjelpen samrå seg med annet kvalifisert personell, jf. § 4A-5



andre ledd. Så langt det er mulig skal helsepersonell innhente informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket, før avgjørelsen om tvungen helsehjelp blir tatt, jf. § 4A-5 fjerde ledd.

Evaluerings av tvungen helsehjelp

Tvungen helsehjelp skal etter § 4A-4 fjerde ledd evalueres fortløpende og avbrytes straks vilkårene ikke lenger er oppfylt. Det skal i evalueringen legges vekt på om helsehjelpen viser seg å ha ønsket virkning, eller ha uforutsette negative virkninger.

Dokumentasjon

Helsepersonell skal føre journal i henhold til de krav som stilles til journalens innhold, jf. hpl. § 39. Formålet med kravet om å føre pasientjournal er blant annet å sikre forsvarlig oppfølging av pasienten og ivareta pasientsikkerheten. Opplysninger knyttet til temaene i dette tilsynet er å anse som relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Slike opplysninger skal etter hpl. § 40 og pasientjournalforskriften § 4 dokumenteres i pasientens journal.

3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Tingvoll kommune er en liten kommune med ca. 3020 innbyggere. Kommunen har et sykehjem bestående av to etasjer med 9 pasientrom i hver etasje. I tillegg er det en egen avdeling for demens og psykiogeriatriske lidelser, her er det 16 plasser.

Kommunen er organisert med 11 virksomhetsledere under kommunedirektør. Virksomhetsleder pr i dag har ansvar for sykehjem, herunder Vonheim, samt for kjøkken og aktivitetsavdelingen. Kommunen har ikke utarbeidet oppdatert organisasjonskart.

Ledelsens styring

Før tilsynet fikk Fylkesmannen tilsendt styrende dokumentasjon fra virksomheten, samt 12 pasientjournaler. Per i dag har kommunen kun to gjeldende vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Det er tilsendt lenke til kommunens elektroniske delegasjonsreglement. I etterkant er dette korrigert i forhold til overordnet faglig ansvarlig for pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4a for pasienter ved sykehjemmet. Pr. dags dato er det virksomhetsleder som har fått denne rollen. Hun startet i stillingen 01.09.20. Det har tidligere i praksis ikke vært noen som har hatt dette overordnede ansvaret i forhold til kapittel 4A. I innsendte vedtak er tilsynslege skrevet opp som overordnet faglig ansvarlig, uten at han formelt har fått tildelt denne rollen.

Virksomhetsleder har ikke eget rapporteringskrav til kommunedirektør når det gjelder tema for tilsynet.

Virksomhetsleder og avdelingsleder har jevnlig muntlig kontakt, men ikke faste formelle møtetidspunkt.

Det er ikke gjennomført risikovurdering når det gjelder vurdering av samtykkekompetanse eller tvungen somatisk helsehjelp. Kommunen har tidligere utarbeidet risikovurdering når det gjelder utagerende pasienter. Tema for tilsynet vurderes av nåværende virksomhetsleder som et risikoområde.



Demensavdelingen har i perioder stått uten leder og stilling som avdelingsleder er nå lyst ut. Avdelingsleder fra annen avdeling fungerer nå som leder også på demensavdelingen. I en periode har hun også fungert som virksomhetsleder.

De ansatte ved demensavdelingen har ikke lenger faste refleksjonsgrupper, og det er kun sykepleierne som har faste fagdager. Utover dette er det personalmøter. Flere av de ansatte savner tid til refleksjonsmøter.

Kommunen har utarbeidet stillingsbeskrivelser. Tilsynet har fått oversendt dette for sykepleier og for helsefagarbeidere, samt for avdelingsledere i heldøgnsjenester og virksomhetsleder. I stillingsbeskrivelsen til avdelingslederne er ansvaret for pasient- og brukerrettighetsloven nevnt spesifikt.

I stillingsinstruksen til sykepleierne går det bl.a. frem at de har ansvar for å følge opp og evaluere tiltaksplan i henhold til retningslinjer. Dette ansvaret står også på stillingsbeskrivelsen til helsefagarbeiderne. Både sykepleierne og helsefagarbeiderne har også i sin stillingsbeskrivelse at de har ansvar for avdelingen ved avdelingsleders fravær/fri. Stillingsbeskrivelsene er i varierende grad kjent.

Tilsynslegen har fast dag på sykehjemmet hver torsdag og har stilt seg til disposisjon også utenom disse dagene, samt på kveld/helg, men ikke natt. På natt må eventuelt legevakt kontaktes.

Kommunen har ikke opplæringsplaner/ kompetanseplan hvor tema for tilsynet er tatt inn. På Vonheim med 16 pasienter er det 3 sykepleiere.

Alle de fast ansatte er blitt pålagt å ta e-læringskurs om samtykkekompetanse og tvungen somatisk helsehjelp. Ledelsen følger med på at kurs blir gjennomført ved at kursbevis legges i personalmappen til den enkelte. Når det gjelder vikarer er det ikke alle som har gjennomført kurset.

I rutinen for opplæring av nye av nyansatte og ferievikarer står det et eget punkt om gjennomgang av pasienter og her er spørsmål knyttet til samtykkekompetanse og helsehjelp ved tvang nevnt. Ledelsen har ikke et system for kontroll på om sjekklisten er fullført. Flere av de ansatte er ikke kjent med hvilke pasienter som har samtykkekompetanse og hvem som ikke har.

Kommunen har utarbeidet rutiner som omhandler tvungen helsehjelp og samtykkekompetanse. I intervju kommer det fram at det er få personer som har fått opplæring i å skrive vedtak om tvungen helsehjelp med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven og flere nevner at det ikke er avsatt tid til dokumentasjon. I praksis ser det ut til at det er to personer som er ansvarlig for å skrive vedtak, men dette gjenfinnes ikke i rutineene. I rutinen fremgår det at lege fatter vedtak ved legemiddelhåndtering og spesialsykepleier/primærsykepleier fatter vedtak ved pleie og omsorg.

Når det fattes vedtak om tvungen helsehjelp med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven gjøres dette kjent for de ansatte ved at vedtak legges i journal, samt at det sendes orientering til de ansatte.

Kommunen har rutiner for vurdering av samtykkekompetanse hvor det fremgår bl.a. at en samtykkevurdering skal være begrunnet, likevel kan det særlig på én avdeling se ut til at standardtekst benyttes. I rutinen står det at det skal fremgå hvilke forhold avgjørelsene bygger på, hvordan samtykkekompetansen er undersøkt, hvilke vurderinger som er gjort, samt hva som er gjort for å informere pasienten. Kommunens ledelse har ikke et system for å følge med på at rutineene er forstått og fulgt.



Rutinene viser ellers til helsetilsynet i Fylket som klageinstans (ikke Fylkesmannen), noe som kan tyde på at de ikke er revidert på en stund.

Kommunen har avvikssystem og de ansatte melder fra om avvik også på tema for tilsynet. De ansatte blir orientert om hvordan avviket blir fulgt opp. Fylkesmannen har fått oversendt kopi av avviksmeldinger i forkant av tilsynsdagene. Avviksmeldingene viser utagerende pasient samt «rømming», men det fremgår ikke av oversendte avvik at det er benyttet tvang i disse situasjonene.

Motstand

Det kommer fram i intervjuene at de ansatte har stort fokus på å unngå bruk av tvang. Imidlertid hersker det usikkerhet om hva som ligger i begrepet tvang og hvor grensene går. Det kommer fram av journal at det blir beskrevet motstand mot helsehjelp. Videre kommer det fram at de ansatte er godt kjent med utgangspunktet om frivillighet for å kunne gi helsehjelp og de fanger opp uttrykt motstand. Det er imidlertid mer usikkerhet om forventet motstand fanges opp. Eksempel kan her være når pasienter klatrer over sengehest eller prøver å reise seg fra stol med belte, eller når det benyttes heldress.

I intervju fremgår det også at enkelte kan motsette seg stell og at det kan skje at stell gjennomføres med tvang uten at det foreligger gjeldende vedtak.

Det fremgår av intervju med de ansatte at terskelen for å bruke tvang er svært høy. De fleste forteller at om pasienten ikke ønsker hjelp lar de være å gi dette der og da. De prøver igjen senere, eller lar andre kollegaer forsøke, men når dette ikke fører frem må pasienten få slippe.

Det fremgår i liten grad av journal hvilke helsefaglige vurderinger som er gjort når det besluttes å ikke gi helsehjelp ved motstand. Det blir gitt uttrykk for at tvang er noe som ikke skal forekomme, men det erkjennes at det av og til må brukes.

Det er ikke utarbeidet rutine for hva som skal journalføres når pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Tillitsskapende arbeid

Det kommer fram i intervju at motivasjonsarbeid og tillitsskapende tiltak, som for eksempel tid og personalbytte, blir benyttet. Det går fram av tiltaksplan at de skal forsøke med dette, men det blir i liten grad dokumentert i løpende journal at tillitsskapende tiltak er forsøkt og at tiltaksplan blir fulgt.

Det fremgår heller ikke av journal at det gjennomføres systematisk jobbing med ulike tillitsskapende tiltak.

Fylkesmannen ser i oversendte pasientjournaler at utfordrende situasjoner blir beskrevet, ofte uten at det fremkommer hva som er gjennomført av tillitsskapende tiltak. Det er ikke tydelig hva som faktisk ble gjort og om eller hvordan man eventuelt kom «i mål».

For enkelte pasienter beskrives vedvarende motstand uten at dette følges opp med systematisk kartlegging og tiltak.

Tillitsskapende tiltak blir ofte diskutert, men mye av evalueringen foregår bare muntlig. Det er uklart hvem som har ansvar for å følge opp og evaluere tiltakene. Det framgår ikke av pasientjournalene at tiltakene systematisk blir evaluert og korrigert.



I intervju fremkommer det at dokumentasjon blir nedprioritert i perioder hvor det er vanskelig å avsette tid til slikt arbeid.

Samtykkekompetanse

Kommunen har rutine for vurdering av samtykkekompetanse, men det fremkommer i intervju at innholdet i liten grad er kjent. I rutinen står det bl.a. at en vurdering av samtykkekompetansen skal godkjennes av tilsynslege dersom den ikke er utarbeidet av legen, eventuelt så skal tilsynslegen informeres. Rutinen er ikke oppdatert og det vises til feil klageinstans, samt umyndiggjøring.

Samtykkevurderinger begrunnes ikke i samsvar med kommunens rutiner, se ovenfor.

I intervju og ved gjennomgang av journaler ser Fylkesmannen at det ikke er samsvar mellom flere av de ansattes oppfatning av om pasientene har samtykkekompetanse eller ikke.

Intervjuene avdekker at personalet kjenner begrepet samtykkekompetanse, men at kunnskapen om innholdet i begrepet varierer. Det fremgår ikke av intervju eller av journaler at det benyttes hjelpeverktøy ved vurdering av samtykkekompetansen til pasientene.

I de fleste journalene som er oversendt er det spor av at det er gjort samtykkevurderinger, flere er vurdert til ikke å ha samtykkekompetanse, men i intervju fremkommer det at dette er lite kjent.

Helsefaglige vurderinger og fatting av vedtak

Kommunen har rutine for somatisk helsehjelp ved tvang. Rutinene viser til gjeldende vilkår i pasient- og brukerrettighetsloven. Kommunen har i sine rutiner lagt inn at vedtak skal evalueres hver 3. mnd og det fremgår av intervju at dette gjøres.

I intervju fremkommer det at det er lite kjent hvem som er overordnet faglig ansvarlig for vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

I intervju fremkommer at det i praksis er to personer som er ansvarlig for å skrive vedtak, men dette gjenfinnes ikke i rutinene.

I intervju kommer det frem at flere vegrer seg for å fatte vedtak, da de mener de ikke har fått tilstrekkelig opplæring til dette.

Kommunen har et system for å melde avvik og Fylkesmannen har mottatt kopi av avviksmeldinger som omhandler tema for tilsynet, herunder tilbakeholdelse på eget rom og på institusjon.

Ved gjennomgang av journal fremkommer det ikke hvilke helsefaglige vurderinger som blir gjort når pasienten eksempelvis nekter å ta imot medisin og en velger å la det være/ utsette det.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

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

Styring

Fylkesmannen vurderer at selv om delegasjonen på området for tema er skriftliggjort så er dette ikke tilstrekkelig kjent i organisasjonen. Praksis er ikke i samsvar med styringslinjene.



Per i dag ser det ut til at det er tett dialog mellom avdelingsleder og virksomhetsleder med muntlig dialog, men det er ikke formalisert faste møtepunkt, eller rapporteringskrav når det gjelder tema for tilsynet. Formelle strukturer med klar ansvarsfordeling og fast møtestruktur/-agenda, kan virke kunstige og overflødige i et lite og tett miljø, men tanken er at de er med på å sikre at det ikke blir tilfeldig og vilkårlig hva som blir fulgt opp. Mangel på organisasjonskart kan også skape uklarheter i organisasjonen.

Det er positivt at kommunen har utarbeidet rutiner som omhandler somatisk helsehjelp med tvang og samtykkekompetanse. De ansatte vet hvor de finner rutinene, men innholdet i de er i varierende grad kjent og etterlevd.

Når det gjelder hvem som skal fatte vedtak vises det til konkrete personer uten at det fremgår at disse har noe mer ansvar enn andre for at jobben gjøres. Det kan her være en fare for at andre ikke har den kompetansen de trenger for å fatte vedtak.

På bakgrunn av det som er nevnt ovenfor er ikke delegasjonene klare og tilstrekkelig kjent. Dette er et område hvor det er spesielt viktig at det er en klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, ettersom manglende oppfølgingen kan representere en risiko for at pasienter ikke får nødvendig helsehjelp. jf. §§ 6a og 7a

Når det gjelder opplæring er det positivt at de ansatte er pålagt å gjennomgå kurs, og at det følges opp at de ansatte faktisk gjør dette ved at kursbevis legges i personalmappe. Det er imidlertid like viktig at ledelsen følger med på at praksis skjer i samsvar med regelverket som er gjennomgått på kurs. De ansatte har stort fokus på å unngå bruk av tvang, men det er da viktig at det også følges med på at dette ikke fører til at pasienter ikke får nødvendig helsehjelp, eller at tvang benyttes i praksis uten at det fattes tvangsvedtak om dette.

Selv om det er et av formålene med kapittel 4A å forebygge og å begrense bruk av tvang, så er det viktig å huske på at reglene gir oss en hjemmel for å få gitt nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade til pasienter som ikke lenger er i stand til å vurdere konsekvensene av å takke nei. Reglene er plassert i en rettighetslov – det er en rett vi har til å bli ivaretatt når vi ikke lenger er i stand til å vurdere hva som er nødvendig for vår egen helse. Dette henger også sammen med retten en pasient har til nødvendige tjenester fra kommunen og plikten kommunen har til å gi slik hjelp.

Reglene om tvungen helsehjelp er tema som må arbeides med, øves på, anvendes og holdes vedlike. Kommunen må legge til rette for fora der faglige diskusjoner kan bli tatt; hvor gråsoner og grensegang kan belyses og etiske refleksjoner kan gjøres. Kunnskap og kompetanse, sammen med tydelig plassering av faglig ansvar, er nødvendig for at forsvarlig beslutninger kan fattes.

Kommunen har ansvar for at iverksatte aktiviteter gjennomføres som planlagt og for å følge med på om de er hensiktsmessige og fungerer etter sin hensikt.

Omfattende stillingsinstrukser med til dels overlappende ansvarsområder kan være med på å skape uklarhet på fordeling av ansvarlig.

Begrunnelse for manglende samtykkekompetanse

Når det gjelder mangelfulle begrunnelser for samtykkevurderinger følger det av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 at en vurdering av samtykkekompetanse hos pasienten skal være skriftlig og begrunnet. For at samtykkekompetansen skal kunne sies å ha bortfalt kreves det at



vedkommende «åpenbart» ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Det skal altså mye til for å konkludere med at samtykkekompetansen ikke er i behold.

Helselovgivningen inneholder enkelte bestemmelser om hva som skal vurderes og hvordan dette skal gjøres. Samtidig gis det rom for helsepersonells fagetiske vurderinger og skjønn. Avgjørelsen skal journalføres, jf. pasientjournalforskriften § 7 bokstav c.

Av mottatt dokumentasjon er begrepet «samtykkekompetanse» brukt i journalnotat, tiltaksplan, og av eget skjema (Avgjørelse om manglende samtykkekompetanse i forhold til nødvendig helsehjelp).

Eventuelt bortfall av samtykkekompetansen er imidlertid i liten grad begrunnet. Dette er ikke i henhold til gjeldene regelverk eller virksomhetens egen rutinebeskrivelse for vurdering av samtykkekompetanse og hva denne vurderingen skal inneholde.

Fylkesmannen anbefaler at ledelsen sørger for at det gjøres kjent for de ansatte at det finnes hjelpeverktøy som kan benyttes ved vurdering av samtykkekompetanse, disse er bl.a. omtalt i rundskriv utgitt fra Helsedirektoratet «Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer», under kapittel 4.

Journalføring

Fylkesmannen vurderer at det er positivt at det er stort fokus på frivillighet og at de ansatte skal gå gjennom e-læringskurs om tema for tilsynet, men det er en svært viktig lederoppgave at det følges med på om praksisen er i samsvar med regelverket som gjennomgås på kurs.

Det er et sentralt og viktig poeng i vår vurdering at ensidig fokus på frivillighet kan utgjøre en risiko for at kommunen ikke gir nødvendige og forsvarlige helsetjenester til personer som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen, eller at hjelp gis uten at vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven er vurdert og det er fattet vedtak.

Når motstand mot hjelp er avdekket i journal, uten at det fremgår klart hvilke vurderinger som videre blir gjort, kan dette medføre en risiko for at faglige vurderinger ikke gjøres, at tillitsskapende tiltak ikke systematisk følges opp eller at tvang gjennomføres uten at vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A vurderes og uten at det fattes nødvendige vedtak slik at pasienten sikres forsvarlig helsehjelp.

Kravet til journalføring fremgår av helsepersonelloven §§ 39 og 40, sammenholdt med journalføringsforskriften.

Formålet med løpende journalføring er i hovedsak å ivareta pasienters sikkerhet. Journalen skal være et redskap for å sikre at pasientene får forsvarlig helsehjelp. Journalføringsplikten er derfor først og fremst begrunnet i hensynet til å sikre kontinuitet og kvalitet på helsetjenesten, samt å gi tilsynsmyndigheten og andre offentlige instanser mulighet til å etterprøve den helsehjelpen som er gitt. Journalen vil derfor være av stor bevismessig betydning i forbindelse med eventuelle tilsynssaker og erstatningssaker for feilbehandling eller lignende. Journalen skal fungere som helsepersonellens hukommelse og arbeidsverktøy, og være grunnlag for at pasienter ved innsyn skal kunne gjøre seg kjent med forhold som gjelder en selv, jf. forskrift om pasientjournal § 4. Nøyaktig dokumentasjon av helsehjelpen som blir gitt er grunnleggende for at annet helsepersonell skal kunne forstå hva som er gjort, slik at disse blir i stand til å kunne vurdere det behandlingsmessige forløpet korrekt. Journalføringsforskriften krever at det skal fremgå hva som er bakgrunnen for helsehjelpen, sykehistorie, diagnose, funn, behandling og videre oppfølging.



Konsekvensen av mangelfull dokumentasjon er at den helsehjelpen den enkelte pasient får kan bli uoversiktlig, tilfeldig, og i verste fall uforsvarlig.

I fremlagte journaler kommer det i liten grad frem hvilke helsefaglige vurderinger som er gjort når pasienten har uttrykt at han/hun ikke ønsker helsehjelp. Det fremgår heller ikke om helsehjelpen gis ved bruk av tillitsskapende tiltak, tvang eller om den utsettes.

Dette gjør at det ikke vil være mulig i ettertid å lese ut fra journalen hva som ble gjort i enkeltsituasjoner hvor pasienten har motsatt seg helsehjelpen.

5. Fylkesmannens konklusjon

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

Fylkesmannens konklusjon:

Tingvoll kommune sikrer ikke i tilstrekkelig grad at helsetjenester til pasienter på sykehjem blir utført i samsvar med lovkravene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 og 4A.

Tingvoll kommune sikrer ikke at relevante og nødvendige opplysninger i tilstrekkelig grad dokumenteres i pasientenes journal.

Dette er brudd på helsepersonelloven §§ 40 og 16, forskrift om pasientjournal § 4, pasient- og brukerrettigheter §§ 4-1 og 4-3, samt kapittel 4A, helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Kommunens praksis på dette saksfeltet medfører en risiko for at pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp, ikke får nødvendig helsehjelpen og at helsehjelp blir gitt med tvang uten at dette skjer i henhold til regelverket. I tillegg er det en risiko for at pasienter fratas samtykkekompetanse uten at det er tilstrekkelig grunnlag for det, herunder uten at det fremgår hvilke undersøkelser og hvilke vurderinger som ligger til grunn for dette.

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

Med hilsen

Grete Teigland (e.f.)
direktør Helse- og sosialavdelinga

Marit Vestad
fagleder/jurist

Dokumentet er elektronisk godkjent



Kopi til:

Statens helsetilsyn Postboks 231 Skøyen 0213 OSLO



TINGVOLL KOMMUNE
KONTROLLUTVALGET

Saksmappe: 2020-1560/01
Arkiv: 033
Saksbehandler: Knut Evandt
Dato: 24.11.2020

Saksframlegg

Utvalgssaksnr	Utvalg	Møtedato
PS 37/20	Kontrollutvalget	01.12.2020

**FORVALTNINGSREVISJONSPROSJEKT GRUNNSKOLE – INDIVIDUELT
TILPASSET OPPLÆRING – PROSJEKTPLAN OG BESTILLING**

Sekretærens innstilling:

Prosjektplanen til forvaltningsrevisjonsprosjektet «Får elevene i grunnskolen den opplæringen de har krav på?» vedtas.

Kontrollutvalget bestiller forvaltningsrevisjonsprosjektet «Får elevene i grunnskolen den opplæringen de har krav på?» basert på prosjektplanen som ble vedtatt på dagens møte.

Saksopplysninger:

Tingvoll kommunestyre vedtok i sak 54/20 plan for forvaltningsrevisjon hvor de sluttet seg til kontrollutvalgets innstilling i saken.

Kommunestyres vedtak

1. Kommunestyret godkjenner Plan for forvaltningsrevisjon 2019 – 2023 for Tingvoll kommune
2. Kommunestyret gir kontrollutvalget fullmakt til å bestille utførelse av innenfor de rammer som blir fastsatt til kontroll og tilsyn.
3. Kommunestyret gir kontrollutvalget fullmakt til å foreta endringer i planperioden

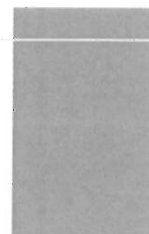
Følgende områder vil bli prioritert:

1. Grunnskole – individuelt tilpasset undervisning
2. Barnevern – fellesprosjekt med Surnadal og evt. Sunndal
3. Offentlige anskaffelser – større innkjøp og byggeprosjekt
4. Helsestasjon og skolehelsetjeneste.

Tingvoll kontrollutvalg vedtok i sak 32/20 å bestille en prosjektplan med temaet Grunnskole – individuelt tilpasset undervisning fra Møre og Romsdal Revisjon SA.

Denne prosjektplanen legges nå fram for kontrollutvalget til behandling.

Knut Evandt,
Sekretær



PROSJEKTPLAN

TINGVOLL KOMMUNE

Får elevene i grunnskolen den opplæringen de har krav på?

Desember 2020

BAKGRUNN OG BESTILLING

Bakgrunn

Risiko- og vesentlighetsvurdering av Tingvoll kommune i 2020, viser at lærerne på skolene i Tingvoll kommune frykter dårligere tjenester på grunn av økonomiske nedskjæringer og reduksjon i lærertetthet. De frykter dette spesielt med tanke på oppfølging av spesialundervisning til de elevene som ikke greier å oppnå kompetansemålene med ordinær opplæring. Slik det er i dag må skolene slå sammen grupper til spesialundervisning, som består av elever fra ulike trinn, og i altfor store grupper. De frykter også at norskopplæring for fremmedspråklige elever vil bli for dårlig (Årsrapport 2019).

Målet for skolene er å forbedre resultater på nasjonale prøver i lesing, skriving og regning. De har også et ønske om å redusere andel elever med spesialundervisning (Tilstandsrapport).

Bestilling

Forvaltningsrevisjonsprosjektet ble bestilt i møte i Kontrollutvalget den 10.11.2020 i politisk sak nr. 32/20. Tema for prosjektet er Grunnskole og tilpasset undervisning.

Møre og Romsdal Revisjon legger med dette fram forslag til prosjektplan for den bestilte forvaltningsrevisjonen.

KILDER TIL REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier skal utarbeides for hvert forvaltningsrevisjonsprosjekt. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i, og utledet fra, autoritative kilder innenfor det reviderte området.

Følgende kilder er aktuelle for å utlede revisjonskriterier fra:

Kommuneloven

Loven stiller krav om at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for intern kontroll.

Opplæringsloven

Loven stiller krav til opplæringen i grunnskolen.

Veileder til spesialundervisning fra Utdanningsdirektoratet

Veilederen har beskrivelser av det handlingsrommet som grunnskolen har til å tilpasse den ordinære opplæringen slik at elevene får et tilfredsstillende utbytte. Den har også beskrivelser om når retten til spesialundervisning trer inn og om saksgangen.

Veileder til regelverket for minoritetsspråklige 6-16 år

Veilederen beskriver regelverket for minoritetsspråklige barn mellom 6 og 16 år som har kommet til Norge. Barnet eller den unge har rett til grunnskoleopplæring fra det er sannsynlig at han eller hun skal oppholde seg i Norge lengre enn tre måneder.

Kildene til revisjonskriteriene er utledet fra:

- «Opplæringen skal tilpasses evnene og forutsetningene til den enkelte eleven, lærlingen, praksisbrevkandidaten og lære kandidat (opplæringsloven) § 1-3.
- «På 1. til 4. års trinn skal skolen sørge for at elever som står i fare for å bli hengende etter i lesing, skriving eller regning, raskt får egnet intensiv opplæring slik at forventet progresjon blir nådd. Om hensynet til eleven sitt beste taler for det, kan den intensive opplæringen i en kort periode gis som eneundervisning (opplæringsloven) § 1-4
- «Hver kommune og hver fylkeskommune skal ha en pedagogisk-psykologisk tjeneste. Den pedagogisk-psykologiske tjenesten i en kommune kan organiseres i samarbeid med andre kommuner eller med fylkeskommunen. Tjenesten skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å legge opplæringen bedre til rette for elever med særlige behov. Den pedagogisk-psykologiske tjenesten skal sørge for at det blir utarbeidet sakkyndig vurdering der loven krever det (opplæringsloven § 5-6, 2. ledd).
- «Elever som ikke har eller som ikke kan få tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har rett til spesialundervisning» (opplæringsloven § 5-1. ledd
- «Ved vurdering av hvilket opplæringstilbud som skal gis til elever som har rett til spesialundervisning, skal det legges vekt på utviklingsutsiktene til eleven. Opplæringstilbudet skal ha et slikt innhold at det samlede tilbudet kan gi eleven et forsvarlig utbytte av opplæringen i forhold til andre elever og i forhold til de opplæringsmålene som er realistiske for eleven. Elever som får spesialundervisning, skal ha det samme totale undervisningstimetallet som gjelder andre elever» (opplæringsloven)§ 5-1, 2. ledd.
- «Det er skolens ansvar å vurdere om en elev trenger spesialundervisning. Det er også skolens ansvar å be PP-tjenesten om å gjøre en sakkyndig vurdering hvis foreldrene ber om det, eller hvis skolen mener at eleven trenger spesialundervisning» (udir.no. - veileder fra Utdanningsdirektoratet om spesialundervisning).

- «Alle barn og unge i grunnskolealder som er i Norge har som hovedregel rett til grunnskoleopplæring» (opplæringsloven § 2-1). «Gjelder Barn i grunnskolealder 6-16 år» (veileder til regelverket for minoritetsspråklige 6-16 år fra Utdanningsdirektoratet)
- «Elever i grunnskolen med annet morsmål enn norsk og samisk har rett til særskilt norskopplæring til de har tilstrekkelig kunnskap i norsk til å følge den vanlige opplæringen i skolen. Om nødvendig har slike elever også rett til morsmålsopplæring, tospråklig fagopplæring eller begge deler» (opplæringsloven § 2-8).
- «Særskilt norskopplæring er forsterket opplæring i norsk. Når kommunen tar stilling til elevens rett til å få særskilt språkopplæring, er dette et enkeltvedtak. Kommunen kan tilby et Innføringstilbud til nyankomne elever» (jfr. opplæringsloven § 2-8 femte ledd). Formålet er da å lære elevene norsk så raskt som mulig, slik at de kan få utbytte av ordinær opplæring. Når barnet eller ungdommen har oppholdt seg i Norge i tre måneder har de plikt til å gå på skolen (veileder til regelverket for minoritetsspråklige 6-16 år fra Utdanningsdirektoratet)

PROBLEMSTILLING OG REVISJONSKRITERIER

Med utgangspunkt i kontrollutvalgets bestilling, foreslår vi følgende problemstilling?

Sikrer Tingvoll kommune at elevene i grunnskolen får den opplæringen de har krav på?

For å svare ut denne problemstillingen har vi utledet følgende kriterier:

- Gir grunnskolen en opplæring som er tilpasset evnene og forutsetningene til den enkelte elev?
- Ser lærerne de elevene som blir hengende etter i læringen, og får disse elevene raskt intensiv opplæring?
- Gir grunnskolen en forsvarlig spesialundervisning til de elevene som har krav på dette?
- Får de minoritetsspråklige elevene den opplæringen som de har krav på fra grunnskolen?

METODE OG AVGRENSNINGER

Vi vil i dette prosjektet benytte flere metoder for å innhente data. Dette styrker undersøkelsens troverdighet og reduserer risikoen for at vi tar feil. Vi skal innhente data i tilstrekkelig omfang for å svare på problemstillingen.

Vi ser for oss å innhente informasjon fra følgende personer:

- Kommunedirektør
- Fagsjef på oppvekst
- Rektorer (lærertetthet, bemanning og kompetanse)
- Kontaktlærere (lærertetthet, bemanning, kompetanse og organisering, internkontroll)
- Foreldreutvalg (tilfredshet med tjenesten, samarbeid hjem og skole)
- PP-rådgivere (angående sakkyndige vurderinger)
- Dokumentanalyse (Retningslinjer, rutiner)

En forvaltningsrevisjon blir gjennomført innen en avgrenset tidsperiode, og vi kan kun gå god for våre funn på undersøkelsestidspunktet.

Forvaltningsrevisjonen utføres i henhold til god kommunal revisjonsskikk. Gjeldende standard for forvaltningsrevisjon er RSK 001 utarbeidet av Norges Kommunerevisorforbund.

AVGRENSNINGER

Dette prosjektet vil ikke omfatte voksne som har rett til spesialundervisning på grunnskolens område jf. opplæringsloven §4A-2.

PROSJEKTGRUPPE OG TIMEANSLAG

NAVN	TITTEL
Marianne Hopmark	Fagansvarlig, forvaltningsrevisjon
Lillian Reder Kristoffersen	Forvaltningsrevisor
Guro Helen Mørkedal	Regnskapsrevisor

Vi anslår at prosjektet kan gjennomføres på omkring 250 timer. Timeanslaget inneholder forberedelse av prosjektet, utarbeiding av problemstillinger og prosjektplan, datainnsamling- og analyse, utarbeiding og kvalitetssikring av rapport. Timeantallet omfatter også presentasjon av ferdig rapport for kontrollutvalget.

FRAMDRIFTSPLAN

AKTIVITET	PLANLAGT UTFØRT
Bestilling	10.11.2020
Prosjektplan behandles i kontrollutvalget	01.12.2020
Arbeid med rapport	Desember - februar
Høringsperiode	Februar 2021
Planlagt behandling av rapport i kontrollutvalget	Mars 2021
Planlagt behandling av rapport i kommunestyret	April 2021

For å kunne gjennomføre prosjektet innen fristen og med stipulert timebruk er det nødvendig at kommunen sender over etterspurt dokumentasjon innen de frister som blir satt. I tillegg er vi avhengig av at utvalgte personer stiller til intervju og verifiserer referatet innen rimelig tid.



TINGVOLL KOMMUNE
KONTROLLUTVALGET

Saksmappe: 2020-1560/01
Arkiv: 033
Saksbehandler: Knut Evandt
Dato: 24.11.2020

Saksframlegg

Utvalgssaksnr	Utvalg	Møtedato
38/20	Kontrollutvalget	01.12.2020

MØTEPLAN 2021

Sekretærens innstilling:

Det fastsettes følgende møteplan for neste år:

16.02 (tirsdag)
20.04 (tirsdag)
16.06 (onsdag)
15.09 (onsdag)
14.10 (torsdag) – avhengig av saksmengde
10.11 (onsdag)

Møtene begynner kl. 10.

Leder (evt. nestleder) kan, i samråd med sekretæren, fravike den oppsatte planen.

Knut Evandt,
sekretær



TINGVOLL KOMMUNE
KONTROLLUTVALGET

Saksmappe: 2020-1560/01
Arkiv: 033
Saksbehandler: Knut Evandt
Dato: 24.11.2020

Saksframlegg

Utvalgssaksnr	Utvalg	Møtedato
PS 39/20	Kontrollutvalget	01.12.2020

OPPFØLGINGSLISTE

Sekretærens innstilling:

I oppfølgingslisten gjøres følgende endringer:

Saksopplysninger:

Vedlagt følger ajourført oppfølgingsliste pr. nov. 2020.

Dersom det er ytterligere saker som ønskes ført opp i oppfølgingslista kan disse fremmes i møtet.

Knut Evandt,
Sekretær

KONTROLLUTVALGET TINGVOLL KOMMUNE

SAKSOPPFØLGING

(à jour pr nov. 2020)

Saker som er tatt opp:	Dato:	Adm/Rev	Status:	Gjennomført:
Eventuell ordning med fast dialogmøte med ordførere	21.09.17	Ordf		22.02.2018 Gjennomført
Fylkesmannens tilsyn med tvungen somatisk helsehjelp	10.11.20			Orientering ønskes når tilsynet er avsluttet.
Vedlikehold av kommunale bygg / vaktmestertjenester	10.11.20			Orientering ønskes.
Økonomiske overskridelser	10.11.20			Orientering ønskes.

Pga faren for smittespredning vil kontrollutvalget utsette alle planlagte virksomhetsbesøk.

Forslag til framtidige virksomhetsbesøk:

Sykehjemmet

Straumsnes skule



TINGVOLL KOMMUNE
KONTROLLUTVALGET

Saksmappe: 2020-1560/01
Arkiv: 033
Saksbehandler: Knut Evandt
Dato: 24.11.2020

Saksframlegg

Utvalgssaksnr	Utvalg	Møtedato
PS 40/20	Kontrollutvalget	01.12.2020

EVENTUELT

Saksopplysninger

Dersom det er saker kontrollutvalget ønsker å kommentere, stille spørsmål ved eller ta opp i dette møtet eller i senere møte, kan dette gjøres her.