

Bydel Østensjø ved bydelsdirektør

Deres ref:	Vår ref (saksnr):	Saksbeh:	Dato: 02.11.2011
	201100288-188	Heidi Engelsen, 95266623	Arkivkode: 222.0

**RAPPORT FRA KVALITETSREVISJON 2011 VED BYDEL ØSTENSJØ -  
BESTILLERENHETEN**

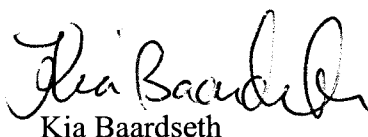
Herved oversendes kvalitetsrevisjonsrapport for bydel Østensjø – bestillerenheten.  
Revisjonen ble gjennomført den 20. oktober 2011.

Vi ber om skriftlig tilbakemelding på hvordan virksomheten har arbeidet med avvik og merknader som ble gitt ved revisjon.

Frist for tilbakemelding til Helseetaten er den 31.januar 2012.

Med hilsen

  
Tone Frønes  
direktør

  
Kia Baardseth  
avdelingsdirektør

Vedlegg: Kvalitetsrevisjonsrapport 2011

**Likelydende brev er sendt til: Bydel Østensjø, bestillerkontor**







Oslo kommune  
**Helse- og velferdsetaten**

**Rapport fra kvalitetsrevisjon ved** Bydel Østensjø bestiller  
**Virksomhetens adresse:** Bølerlia 2  
**Tidsrom for kvalitetsrevisjonen:** 20.10.2011, klokken 08.30 -15.30  
**Kontaktperson i virksomheten:** Else-Berit Momrak

Helse- og velferdsetaten har den 20.10.2011 gjennomført kvalitetsrevisjon (heretter kalt revisjon) ved Bydel Østensjø bestillerenhet. Følgende områder ble gjennomgått ved revisjonen:

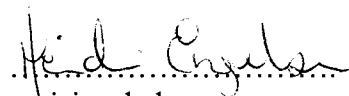
1. Saksbehandling og dokumentasjon
2. Revurdering
3. Brukermedvirkning og klager
4. Leverandørbytte


Denne rapporten beskriver avvik og merknader som ble påpekt innenfor de reviderte områdene. Det revideres mot myndighetskrav, faglige standarder, Oslo kommunes sentrale retningslinjer og føringer samt virksomhetenes egne mål/rutiner.

Det ble funnet 3 avvik og det ble gitt 1 merknad der revisjonen ser mulighet for forbedring.

En skriftlig tilbakemelding på hvordan virksomheten vil arbeide med funnene fra revisjonen, sendes Helse- og velferdsetaten innen to måneder etter utsendelse av denne rapporten. I planen må det fremgå en sluttdato for når forholdene skal være rettet.

Dato: 27.10.2011

  
revisjonsleder  
Heidi Engelsen

  
revisor II  
Karianne Orderdalen

## Innhold

1. Innledning.....	3
1.1 Definisjoner.....	3
2. Gjennomføring.....	3
3. Hva revisjon omfatter.....	3
4. Funn.....	4
5. Ytterligere tilbakemeldinger.....	6
6. Regelverk/krav.....	6
7. Dokumentunderlag.....	7
8. Korrespondanse og telefonkontakt mellom virksomheten og Helse- og velferdsetaten:.....	7
9. Deltakere ved revisjonen.....	7

## **1. Innledning**

Rapporten er utarbeidet etter kvalitetsrevisjon ved bestillerkontoret i Bydel Østensjø den 20.10.2011.

I bystyrevedtak 01/03/2006 sak 38 (Sak 38 Kvalitetsmålinger i hjemmetjenesten – byråds sak 193/05) skal det gjennomføres kvalitetsrevisjoner i hjemmetjenestene. Gjennomføring av kvalitetsrevisjon er ett av elementene i kvalitetsmålingssystemet for pleie- og omsorgssektoren i Oslo kommune. Helse- og velferdsetaten har fått i oppdrag å gjennomføre revisjonene, både ved bydelenes bestillerkontor samt hos kommunale utførere og private leverandører som har kontrakt med Oslo kommune.

Formålet med kvalitetsrevisjonen er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivning samt interne krav i Oslo kommune og i egen virksomhet - gjennom sin internkontroll.

Kvalitetsrevisjonen er basert på gjennomgang av dokumenter, intervjuer med ledere og ansatte samt verifikasjoner i GericA.

Rapporten omhandler avvik og merknader som ble avdekket i forbindelse med revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder revisjonen omfattet.

### **1.1 Definisjoner**

**Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift, Oslo kommunes krav samt virksomhetenes egne mål og rutiner.

**Merknader** er forhold som ikke omfattes av definisjonen for avvik, men der revisjonen mener det er et forbedringspotensial.

## **2. Gjennomføring av revisjonsbesøket**

1. Åpningsmøte: Ble avholdt 20.10. 2011.
2. Intervjuer: 9 personer ble intervjuet. Det ble foretatt gruppeintervjuer med både ledere og ansatte.
3. Sluttmøte: Ble avholdt 20.10. 2011.

## **3. Hva revisjon omfattet**

### Revisjonsområder:

- Saksbehandling og dokumentasjon
- Revurdering
- Brukermedvirkning og klager
- Leverandørbytte

Innenfor de ovennevnte områdene har revisjonene vært avgrenset til følgende utvalgte brukergrupper, basert på en risikovurdering:

- Brukere med stort/omfattende hjelpebehov
- Brukere med forverring i helsetilstand
- Brukere som blir utskrevet fra sykehus til bydel

#### **4. Funn**

Det ble under revisjonen avdekket følgende avvik:

##### **Avvik 1**

Bestillerkontorets rutiner sikrer ikke i tilstrekkelig grad forsvarlig saksbehandlingsprosess

##### **Krav:**

Internkontrollforskriften § 3 og 4

Kvalitetsforskriften § 3

##### **Begrunnelse:**

- Virksomhetens rutiner er ikke oppdatert
- Virksomhetens rutiner er ikke klare og entydige
- Virksomheten har ikke utarbeidet rutiner for risikoanalyser for å vurdere hvor det er fare for svikt med hensyn til saksbehandling av nye søknader for disse brukergruppene
- Det finnes ikke kriterier for i hvilke tilfeller/ hvilke brukergrupper det skal gjennomføres vurderingsbesøk
- Det er ikke etablert rutiner og felles definisjoner på hva bestillerkontoret anser som avvik på området saksbehandling og dokumentasjon
- Det er ikke systematisk gjennomgang av bestillerkontorets avvik på området
- Det meldes ikke avvik i avvikssystemet på området

##### **Kommentar:**

Virksomhetens rutiner på området saksbehandling og dokumentasjon er noe uoversiktlige. Det anbefales å utarbeide nye oversiktlige rutiner hvor det klart fremgår hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.

Det registreres ikke systematisk avvik på området. Registrering og gjennomgang av avvik er et viktig element i forbedringsarbeidet.

Videre anbefales det å legge inn i saksbehandlingsrutinene et system for å sjekke at utfører kvitterer for mottak av nye brukere. Det ble ved stikkeprøver i Gericafunnet flere tilfeller hvor utfører ikke kvitterte for mottak av nye brukere. Dette kan skyldes både forglemmelse fra utfører, men også at beskjeden fra bestiller er lagt på feil nivå. Dette kan medføre at bruker ikke får hjelpen han eller hun skal ha til rett tid.

##### **Avvik 2**

Bestillerkontoret sikrer ikke gjennom sitt styringssystem og dokumentasjon at brukere i hjemmetjenesten med behov for langvarige og koordinerte tjenester blir identifisert, fanget opp og tilbudt Individuell plan

##### **Krav:**

Kommunehelsetjenesteloven § 6-2a

Sosialtjenesteloven § 4-3 a

### Begrunnelse:

- Det finnes rutiner i bydelen på området, men disse fungerer i varierende grad
- Det finnes ikke rutiner/sjekkliste/kriterier for å vurdere hvem som skal tilbys individuell plan
- Det gjøres ikke individuelle vurderinger fra bruker til bruker om de skal tilbys individuell plan med bakgrunn i behov for langvarige og koordinerte tjenester.

### Kommentar:

Bydelen har individuelle planer for enkelte brukergrupper innen psykiatri / rus og barn med nedsatt funksjonsevne. Bydelens hjemmetjenester har ingen individuelle planer for eldre med langvarige og sammensatte behov. Det anbefales at bydelen tar initiativ til å tilby individuell plan også til eldre brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

### Avvik 3

Vedtak revurderes ikke systematisk

### Krav:

Kommunehelsetjenesteloven § 2-1

Kvalitetsforskriften § 3

Fellesskriv 2/2002 punkt 3

### Begrunnelse:

- Nye vedtak fattes i flere tilfeller først lenge etter mottak av revurderingsjournal fra utfører.
- Bestillerkontoret er ikke tilstrekkelig aktive med hensyn til revurdering av vedtak
- Det er ikke etablert rutiner og felles definisjoner på hva bestillerkontoret anser som avvik på området revurdering
- Det er ikke systematisk gjennomgang av bestillerkontorets avvik på området
- Det meldes ikke avvik i avvikssystemet på området saksbehandling og dokumentasjon

### Kommentar:

Virksomheten har en relativt lang liste over aktive vedtak som ikke er revurdert i henhold til revurderingsdato. Enkelte av vedtakene er fra flere år tilbake. Dette kan svekke brukersikkerheten. For å sikre at brukerne får den tjenesten de har behov for anbefales det at virksomheten gjennomgår og rydder opp i etterslepet av ikke-revurderte vedtak.

Videre kom det frem under intervjuene at det er ulik praksis blant saksbehandlerne om når og for hvilke brukergrupper det skal gjennomføres revurderingsbesøk.

Det registreres ikke avvik på området revurdering. For å sikre god styring og kontroll av tjenesten bør virksomheten definere hva som er å anse som avvik og registrere avvik på området.

Følgende merknader ble påpekt:

### Merknad 1

Bestillerkontoret har ikke et tilstrekkelig system/praksis for hvordan brukarmedvirkning skal dokumenteres

### Krav:

Internkontrollforskriften for sosial og helsetjenesten, § 3 og § 4

Sosialtjenesteloven § 8-4  
Kvalitetsforskriften § 3

Begrunnelse:

- Det finnes ikke rutiner for hvordan brukermedvirkning skal dokumenteres
- Brukermedvirkningen er mangelfullt dokumentert.

Kommentar:

Revisjonsteamet erfarte gjennom intervjuene at bestillerkontoret har god praksis når det gjelder brukermedvirkning. Denne ivaretas i møte med bruker / pårørende. Det gjennomføres vurderingsbesøk hos nesten alle nye brukere, spesielt i praktisk bistand, hvor ønsker og behov blir kartlagt. Det gjenstår imidlertid noe forbedringsarbeid på å utarbeide / gjøre kjent mål for brukermedvirkning samt rutiner/praksis for dokumentasjon på området.

## 5. Ytterligere tilbakemeldinger

Revisjonsteamet ble godt mottatt under revisjonen og virksomhetenes ansatte bidro til konstruktive og åpne samtaler.

Revisjonsteamet fikk inntrykk av at virksomhetens rutiner og praksis på området leverandørbytte er meget god. Det er én ansatt som har dette som sitt ansvarsområde. Når vedkommende er borte finnes en fast vikar. Ny og gammel leverandør får beskjed via OL beskjedjournal og i tillegg kontaktes begge leverandører via telefon. Det sørges for at all nødvendig informasjon som ikke ligger i Gerica blir overført fra gammel til ny leverandør.

Vi synes også rutinen med daglig morgenmøte/gruppemøte er en god rutine, da det her blant annet foregår et tverrfaglig samarbeid på hvert team. Her vurderer teamleder om det er behov for et samarbeid med innsatsteamet i ulike saker og det er muligheter for diskusjon rundt enkeltsaker.

Det ble under revisjonen opplyst at alle brukere av praktisk bistand får informasjon om, og tilbud om minimum 4 timer bistand pr måned. Det blir dokumentert i vedtaket når bruker selv ønsker færre timer. Stikkprøver i Gerica viser at dette ofte blir gjort, men ikke alltid.

## 6. Regelverk/krav

Det vil revideres i henhold til følgende lover og forskrifter:

- Kommunehelsetjenesten
- Sosialtjenesteloven
- Forvaltningsloven
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten
- Helsepersonelloven m.v.
- Pasientrettighetsloven
- Pasientjournalforskriften
- Internkontrollforskriften i sosial/helsetjenesten
- Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven
- Forskrift om praktisk bistand i hjemmet, Oslo kommune
- Forskrift om habilitering og rehabilitering
- Oslo kommunes kvalitetskrav for pleie- og omsorgstjenesten (Bystyresak 204/99)



- Andre aktuelle kommunale fellesskriv, kravspesifikasjoner, samt nasjonale veiledere og retningslinjer for tjenesten
- Virksomhetens egne krav og rutiner

## 7. Dokumentunderlag

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

- Kopi av innholdsfortegnelsen til virksomhetens kvalitetssystem
- Overordnet mål for virksomheten samt rutiner for risikovurderinger/analyser
- Virksomhetens årsplan
- Virksomhetens rutiner for saksbehandling, samt iverksettelse og oppfølging av vedtak
- Rutiner for revurdering og leverandørbytte
- Rutiner for kommunikasjon og samhandling mellom bestiller og utførere/leverandører
- Virksomhetens rutiner/krav for journalføring/ dokumentasjon
- Rutiner/prosedyrer for å sikre brukermedvirkning
- Virksomhetens rutiner/krav til samhandling for brukere med sammensatte behov
- Oversikt over formelle klager mottatt i perioden 1/1-2011-30/6-2011

I tillegg til dokumentgjennomgang og intervjuer ble det gjennomført stikkprøvekontroll i journalsystemet Gerica.

## 8. Korrespondanse og telefonkontakt mellom virksomheten og Helse- og velferdsetaten:

- 1) Varsel om kvalitetsrevisjonen i brev og e-post av 19.9.2011
- 2) Mottatt dokumentasjon, datert 6.10. 2011
- 3) Telefonkontakt med kontaktpersonen 13.10. 2011
- 4) Program sendt i varselbrev og e-post 19.9.2011

## 9. Deltakere ved revisjonen

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på åpningsmøte og sluttmøte, og over hvilke personer som ble intervjuet.

Navn	Funksjon/stilling	Åpningsmøte	Intervju	Sluttmøte
Grete Fredhall	saksbehandler	X		
Inger Dokken	teamleder	X	X	X
Eric Brugman	leder	X	X	
Juha Keskinen	teamleder	X	X	X
Anne Marie Steinberg	saksbehandler	X	X	X
Margrethe Bjerkeseth	innsatsteam	X		X

Unni Markussen	saksbehandler	X	X	X
Helga K. Lyssandtræ	saksbehandler	X		
Birgitte Bangseid	saksbehandler	X	X	X
Anne-Lita Wester	saksbehandler	X	X	X
Ingunn Stormarken	innsatsteam	X	X	X
Tone Tollefsen	innsatsteam	X		
Bente Qvale	saksbeh. / brukervalg		X	
Jorunn Kjekstad	saksbehandler			X
Solveig Nyhamar	avd.sjef			X
Signe Sandnes	spesialkonsulent			X
Gunhild Aune	saksbehandler			X
Million Tesfaye	innsatsteam			X
Kari Tesaker	saksbehandler			X

Fra Helse - og velferdsetaten deltok:

Heidi Engelsen                      spesialkonsulent - revisjonsleder

Karianne Orderdalen              spesialkonsulent – revisor II