



Oslo kommune
Bydel Østensjø
Bydelsadministrasjonen

Helseetaten
Postboks 30 Sentrum
0101 OSLO

Dato: 31.01.2012

Deres ref:	Vår ref (saksnr):	Saksbeh:	Arkivkode:
201100288	201100096-10	Else-Berit Momrak, saksbehandler	225.0

KVALITETSREVISJON 2011- BESTILLERENHETEN, LUKKING AV AVVIK OG MERKNADER

Det vises til rapport fra kvalitetsrevisjon ved bestillerenheten i Bydel Østensjø. Revisjonen ble gjennomført i oktober 2011 av Helse- og velferdsetaten. Det ble også gjennomført revisjon i bydelens hjemmetjeneste september 2011.

Følgende områder ble gjennomgått ved revisjonen:

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

Det ble funnet 3 avvik og 1 merknad ved kvalitetsrevisjon ved bydelens bestillerkontor.

Bydelens arbeid med å lukke avvikene og merknaden er listet nedenfor. Det er også laget plan under hvert av avvikene for de områder som foreløpig ikke er slutført. Ved fastsettelse av tidsplan er det tatt hensyn til at hjemmetjenesten skal gjennom en større omorganisering i mars 2012. Omorganiseringen vil også påvirke arbeidet med å lukke avvikene for bestillerkontoret, da flere av prosedyrene er en del av samhandlingen mellom bestillerkontor og utøver av hjemmetjenesten.

Avvik 1

Bestillerkontorets rutiner sikrer ikke i tilstrekkelig grad forsvarlig saksbehandlingsprosess.

Krav:

Internkontrollforskriften § 3 og 4

Kvalitetsforskriften § 3

Bydelens tiltak

Med bakgrunn i de begrunnelser og kommentarer som er fremkommet i rapporten, er følgende tiltak iverksatt:



Bydel Østensjø
Bydelsadministrasjonen

Besøksadresse: Ryensvingen 1,
0680 Oslo
E-post: postmottak@bos.oslo.kommune.no

Postadresse: Postboks 157, Manglerud
0612 Oslo

Bankgiro: 13150100725
Org. nr.: 974778807
Telefon: 02 180
Telefax: 23 43 85 01

1. Personalressurser tilsvarende 1 årsverk er avsatt i 3 måneder (ut april 2012) for å revurdere prosedyrer, forenkle og oppdatere saksbehandlingsrutiner som ble funnet uoversiktlige ved revisjonen.
2. Prosedyre for saksbehandling av hjemmesykepleie er oppdatert. Vedlegg 1.
3. Tjenesteavtale mellom bestillerkontoret og hjemmetjenesten er revidert. Vedlegg 2.
4. Rutine for kontroll av at hjemmetjenesten har tildelt tjenesten, er innarbeidet. Ansatt på bestillerkontor som har ansvar for brukervalg, sjekker daglig om nye vedtak fra dagen før er igangsatt av leverandør – uavhengig om det gjelder privat eller kommunal leverandør, og at riktig nivå er registrert. Hvis tjenesten ikke er tildelt, tar vedkommende kontakt med aktuell teamleder eller saksbehandler som har ansvar for brukeren, for å sikre tildeling. Prosedyren kan ettersendes.
5. Prosedyre for ”risikoanalyse ved utarbeidelse av rutiner og prosedyrer” er revurdert. Vedlegg 3. Alle nye prosedyrer skal utarbeides i henhold til prosedyren om risikoanalyse. Denne skal gjøres kjent for alle som er forfattere av prosedyrer.

I forbindelse med risikovurdering av prosedyrer skal det vurderes hvor det kan forekomme fare for svikt/skade. Der det kan være fare for svikt eller skade, skal det legges inn kontrollspørsmål i prosedyren. Hensikten med kontrollspørsmålene er å avdekke fare for risiko og sikre melding av avvik.

6. Brukermedvirkning skal inngå som punkt i alle prosedyrer for saksbehandling og tilhørende sjekklister.
7. Vurdering av behov for individuell plan skal være en del av prosedyrene for saksbehandling.
8. Ny prosedyre for avviksbehandling er utarbeidet. Vedlegg 4. Prosedyren beskriver hva som er å anse som et avvik, hva som skal beskrives i avviket, hvordan avvik skal følges opp og danne grunnlag for forbedringsarbeid i de ulike nivåene for kvalitetsarbeid;
 - Kvalitetsgruppe - på tjenestestedsnivå
 - Kvalitetsutvalg - på avdelingssjefsnivå
 - Kvalitetsråd - på bydelsdirektørnivå.

Plan for det videre arbeid med revidering av prosedyrer, implementering og iverksettelse av disse:

Når lukket	Hva	Ansvar	Utkvittering, dato/sign
1. mars	Prosedyre for ”risikoanalyse ved utarbeidelse av rutiner og prosedyrer” (vedlegg 3) er gjort kjent for alle som er forfattere av prosedyrer og rutiner	Avdelingssjef Ledere	
1. mars	Prosedyren ”avviksbehandling” (vedlegg 4) er gjort kjent for bestillerkontorets ansatte i personalmøter. Det er brukt case for å problematisere avviksbegrepet.	Leder og teamledere ved bestillerkontoret	

1.mars	Rutine og retningslinjer for hvilke brukergrupper hvor det skal gjennomføres vurderingsbesøk før vedtak, er utarbeidet og gjort kjent for alle saksbehandlere ved bestillerkontoret.	Leder bestillerkontoret	
15. mars	Prosedyre ” saksbehandling praktisk bistand ” er oppdatert etter samme mal som oppdatert prosedyre ”saksbehandling av hjemmesykepleie”.	Leder bestillerkontoret	
15. mars	Prosedyre ” saksbehandling dagsenter ” er oppdatert etter samme mal som oppdatert prosedyre ”saksbehandling av hjemmesykepleie”.	Leder bestillerkontoret	
15. mars	Prosedyre ” saksbehandling korttidsopphold i sykehjem ” er oppdatert etter samme mal som oppdatert prosedyre ”saksbehandling av hjemmesykepleie”..	Leder bestillerkontoret	
1. april	Prosedyre ”saksbehandling BPA ” er oppdatert etter samme mal som oppdatert prosedyre ”saksbehandling av hjemmesykepleie”.	Leder bestillerkontoret	
1. april	Kvalitetsutvalg (på avdelingssjefsnivå) har 4 faste møter per år. Øvrige møter settes opp etter behov. Punkt om oppfølging av prosedyre for avviksbehandling er fast sak på de faste møtene. Møteplan for de faste møtene: 6. mars, juni, september og desember 2012	Avdelingssjef	
1. april	Kvalitetsgruppen for bestillerkontoret har 6 faste møter per år. Øvrige møter settes opp etter behov. Prosedyre for avviksbehandling og oppfølging av avvik ved bestillerkontoret er fast sak på de faste møtene. Møteplan for de faste møtene for bestillerkontorets kvalitetsgruppe: februar, april, juni, august, oktober og desember 2012	Leder av kvalitetsgruppen	

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

Bydelens tiltak

Det vises til svar på avvik 1, punkt 7, vedrørende innarbeiding i prosedyrene av at vurdering av behov for individuell plan, skal være en del av prosedyrene for saksbehandling. Det innarbeides også som saksbehandlers ansvar i forbindelse med forberedelse av vedtak, å kvittere i Gerica ved å krysse i rubrikker "behov for IP er vurdert", "IP er tilbudt", "bruker har takket ja", eller "bruker har takket nei".

Bydelen har en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering og en arbeidsgruppe som årlig planlegger opplæring i bruk av individuell plan og for IP-koordinatorer. Koordinerende enhet består av representanter fra de tre fagavdelingene barn, oppvekst og kultur, velferd og fritid og rehabilitering og omsorg. Det er innkalt til møte 07.03.2012 for å gjennomgå gjeldende rutiner og lage felles rutiner/sjekkliste/kriterier for hvem som skal tilbys individuell plan. Det skal i samme møte lages tiltak for hvordan bestillerkontorene skal sikre vurdering av brukere som kan være i behov av individuell plan.

Plan for lukking av avvik 2.

Når lukket	Hva	Ansvar	Utkvittering, dato/sign
15. mars	Prosedyre for å sikre at brukere i hjemmetjenesten med behov for langvarige og koordinerte tjenester, blir identifisert, fanget opp og tilbudt Individuell plan, er utarbeidet. Gjeldende rutiner er evaluert. Det er etablert felles rutiner med sjekklister og kriterier for hvem som skal tilbys IP.	Leder bestillerkontoret sammen med koordinerende enhet	
1. april	Prosedyren som sikrer at brukere i hjemmetjenesten med behov for langvarige og koordinerte tjenester, blir identifisert, fanget opp og tilbudt Individuell plan, er gjort kjent for saksbehandlere ved bestillerkontoret.	Leder og teamledere bestillerkontoret	

Avvik 3

Vedtak revurderes ikke systematisk.

Krav

Kommunehelsetjenesteloven § 2-1

Kvalitetsforskriften § 3

Fellesskriv 2/2002 punkt 3

Bydelens tiltak

Bydelen har et godt system for revurdering av hjemmesykepleievedtak og er à jour. Dette ivaretas ved et godt og regelmessig samarbeid mellom bestillerkontoret og utfører av hjemmesykepleien. Følgende prosedyrer beskriver dette: "Tjenesteavtale kommunale tjenester" og "Revurdering av hjemmesykepleie". Vedlegg 2 og 5.

I forhold til praktisk bistand har bydelen en stor utfordring på grunn av det store omfanget av antall saker som må revurderes. Det er 745 vedtak som har revurderingsdato før 31.01.2012, og

bydelen har totalt 1360 brukere av praktisk bistand. Bydelen har følgende plan for revurdering av vedtak praktisk bistand:

Når lukket	Hva	Ansvar	Utkvittering, dato/sign
1. april	Det er utarbeidet agenda og møteplan for samarbeidsmøter mellom bestillerkontor og utfører praktisk bistand for å være à jour med revurderinger praktisk bistand	Leder bestillerkontoret og ledere for hjemmetjenesten	
1. april	Alle vedtak praktisk bistand (PB) med revurderingsdato før 31.01.2012 er gjennomgått med tanke på hvilke som videreføres uendret og hvilke vedtak som ikke kan videreføres uten et vurderingsbesøk. Det settes av ressurser tilsvarende 1 årsverk til dette arbeidet	Leder og teamledere bestillerkontoret og avdelingssjef	
1. juni	Saker med revurderingsdato før 31.01.2012 med behov for vurderingsbesøk er fordelt til saksbehandlere for fortløpende behandling	Teamledere og saksbehandlere	
1. juni	Alle vedtak PB med revurderingsdato før 31.01.2012, er revurdert av team for revurdering av PB	Leder og teamleder bestillerkontoret	
31. desember	Bestillerkontoret er à jour med revurderinger praktisk bistand	Leder og teamleder bestillerkontoret	

Bydelen har definert at vedtak som ikke er revurdert innen en måned etter utløpsdato, er et avvik. Leder for bestillerkontoret utfører hver måned en kontroll som sjekker alle aktive tjenester i Gericas som har revurderingsdato som er eldre enn en måned. Teamledere og saksbehandlere sjekker om rapporten er korrekt og melder årsak til bestillerkontorets leder. Lederen av bestillerkontoret melder avvik i kvalitetssystemet. I 2011 ble disse avvikene meldt, men ikke i kvalitetssystemet. Disse avvikene behandles i kvalitetsgruppen for bestillerkontorets faste møter.

I de oppdaterte saksbehandlingsrutiner for hver enkel sakstype, skal det framgå retningslinjer for når saksbehandler skal foreta et vurderingsbesøk før det fattes revurderingsvedtak. Dette for å sikre at tjenesten tildeles på riktig grunnlag. Se svaret under avvik 1.

Merknad

Bestillerkontoret har ikke tilstrekkelig system/praksis for hvordan brukermedvirkning skal dokumenteres.

Krav:

Internkontrollforskriften for sosial og helsetjenesten, § 3 og § 4

Sosialtjenesteloven § 8-4

Kvalitetsforskriften § 3

Bydelens tiltak

Bydel Østensjø har tatt opp med Helseetaten ved Prosit om det er mulig å legge til et punkt om brukervedvirkning i standardteksten i Gericar under punktet om saksopplysninger. Det vil da sikre lik praksis i alle bydeler. Brukervedvirkningen synliggjøres i vedtaket, og bruker kan selv vurdere om brukervedvirkningen er ivarettatt.

Bydelen har i påvente av eventuell ny standardtekst i Gericar, etablert et punkt i våre egne standardtekster som benyttes for å formidle endringer i behov fra hjemmetjenesten til bestiller. Det skal dokumenteres om bruker er enig i innholdet i revurderingsjournalen eller ikke.

Bydelen skal utarbeide overordnet prosedyre for brukervedvirkning. Hjemmetjenestens kvalitetsgruppe skal i sitt møte 02.02.2012 vurdere et forslag til slik overordnet prosedyre. Deretter må sjekklister og prosedyre implementeres hos de ansatte.

Med hilsen

Tove Stien
bydelsdirektør

Solveig Nyhamar
avdelingssjef

Vedlegg:

1. Prosedyre "Vedtaket om hjemmesykepleie"
2. Prosedyre "Tjenesteavtale kommunale hjemmetjenester"
3. Prosedyre "Risikoanalyse ved utarbeidelse av rutiner og prosedyrer"
4. Prosedyre "avviksbehandling"
5. Prosedyre "Revurdering av hjemmesykepleie"

Kopi: Tilsynsutvalg for hjemmebaserte tjenester og dagsenter utenfor institusjon