



Oslo kommune
Bydel Østernsjø
Bydelsadministrasjonen

Helseetaten
Postboks 30 Sentrum
0101 OSLO

Dato: 31.01.2012

Deres ref:
201100288

Vår ref (saksnr):
201100096-11

Saksbeh:
Signe Sandnes, 23 43 85 87

Arkivkode:
225.0

KVALITETSREVISJON 2011 - LUKKING AV AVVIK

Det vises til rapporten fra kvalitetsrevisjon 2011 ved Bydel Østernsjø - utfører av hjemmetjenester den 22.09.2011, mottatt den 26.10.2011.

Følgende områder ble gjennomgått ved revisjonen:

- Igangsetting og gjennomføring av vedtak
- Revurdering
- Journalføring og dokumentasjon
- Brukermedvirkning og klager
- Leverandørbytte

Det ble funnet 2 avvik og det ble gitt 3 merknader ved kvalitetsrevisjonen ved utfører av hjemmetjenesten

Bydelens arbeid med lukking av avvikene og merknadene er listet nedenfor. Det er også laget plan under hvert av avvikene for de områdene som foreløpig ikke er slutført. Det gjøres oppmerksom på at bydelens hjemmetjeneste gjennomgår en større omorganisering i mars 2012. En har tatt høyde for arbeid i forbindelse med omorganiseringen ved fastsettelse av datoer for når forholdene skal være rettet opp.

Avvik 1

Bydelens utfører av hjemmetjenester har ikke et tilstrekkelig system for avvikshåndtering på de reviderte områdene igangsetting og gjennomføring av vedtak, revurdering, journalføring og dokumentasjon, brukermedvirkning og klager, leverandørbytte.

Krav:

Internkontrollforskriften § 3 og 4
Kvalitetsforskriften § 3



Bydel Østernsjø
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

Bydelens tiltak

Prosedyre for "avviksbehandling" er revurdert og oppdatert (vedlagt). Denne beskriver hva et avvik er og hvordan avvik skal forstås, hva som skal beskrives i avviket, hvordan avvik skal følges opp og danne grunnlag for forbedringsarbeid på ulike nivåer

- Kvalitetsgrupper - på tjenestestedsnivå
- Kvalitetsutvalg - på avdelingssjefsnivå
- Kvalitetsråd - på bydelsdirektørnivå

Prosedyre for avviksbehandling og avviksbegrepet er tatt opp som tema i avdelingens ledergruppe. Arbeidet med å gjøre prosedyren kjent for alle ansatte med fokus på avviksbegrepet og hvordan/hvorfor melde avvik, er godt i gang.

Når lukket	HVA	Ansvar	Utkvittert dato/sign.
1. mars	Prosedyren "avviksbehandling" er gjort kjent for ansatte i personalmøter og det er brukt case for å problematisere avviksbegrepet.	Avdelings sykepleier	
1. april	Kvalitetsutvalg har 4 faste møter per år. Øvrige møter settes opp etter behov. Oppfølgingspunktet for kvalitetsutvalg i "prosedyre for avviksbehandling" er satt opp som fast sak i de faste møtene. Forbedringsprosess igangsettes der dette vurderes som nødvendig. Møteplan for de faste møtene er: 6. mars, juni, september og desember 2010	Avdelingssjef	
1. april	Kvalitetsgruppen i hjemmetjenesten har 6 faste møter per år. Øvrige møter settes opp etter behov. Oppfølgingspunktet for kvalitetsgruppene i "prosedyre for avviksbehandling" er satt opp som fast sak i de faste møtene. Forbedringsprosess igangsettes der dette vurderes som nødvendig Møteplan for de faste møtene er: 2. februar, april, juni, august, oktober og desember 2012	Leder av kvalitetsgruppen	

Avvik 2

Bydelens utfører av hjemmetjenester har ikke foretatt risikovurdering for hvor det kan forekomme fare for svikt på de reviderte områdene igangsetting og gjennomføring av vedtak, revurdering, journalføring og dokumentasjon, brukermedvirkning og klager, leverandørbytte

Krav:

Internkontrollforskriften § 3 og 4

Kvalitetsforskriften § 3

Bydelens tiltak

Prosedyre for "risikoanalyse ved utarbeidelse av rutiner og prosedyrer" er revurdert og laget spesielt med tanke på utarbeidelse av prosedyrer (vedlagt). Denne er/gjøres kjent for alle som

er forfattere av prosedyrer. Analysen skal definere hvilke brudd på prosedyren bydelen anser som avvik.

I forbindelse med risikovurdering av prosedyren skal det vurderes hvor det kan forekomme fare for svikt/skade. Der det er fare for svikt eller skade skal det legges inn kontrollspørsmål i prosedyren. Hensikten med spørsmålene er å forbygge/avdekke svikt/skade og sikre at avvik meldes (jf prosedyre for avviksbehandling)

Når lukket	HVA	Ansvar	Utkvittert dato/sign.
1. mars	Prosedyre for ”risikoanalyse ved utarbeidelse av prosedyrer av rutiner og prosedyrer” er gjort kjent for alle som er forfattere av prosedyrer	Avdelings sjef Tjenesteledere	
Fortløp ende	Nye rutiner er risikovurdert	Forfatter av prosedyren	
Fortløp ende	Gamle rutiner er risikovurdert senest innen revurderingsfrist som ligger inne med 12 måneder.	Forfatter av prosedyren	

Merknad 1

Utførers rutiner på området leverandørbytte er noe mangelfulle.

Krav:

Kvalitetsforskriften § 3

Brev fra Helse- og velferdsetaten 06.04.2011 ref: 200901811

Kommentar til merknad 1

Rutiner på området leverandørbytte er satt opp som sak til neste kvalitetsgruppe i hjemmetjenesten. Møtet er den 02.02.2012. Kvalitetsgruppen består av avdelingssykepleierne i hjemmetjenesten. Gruppen skal:

- risikovurdere og oppdatere prosedyrer som finnes, eventuelt utarbeide nye rutiner
- utarbeide en plan for hvordan prosedyren(e) skal gjøres kjent for ansatte den berører
- forslag godkjent av kvalitetsgruppen forelegges kvalitetsutvalg
- forslag behandles av kvalitetsutvalget den 06.03.2012.

Referat fra møtet sendes til kvalitetsutvalget ved avdelingssjef.

Merknad 2

Bydelens utfører/ privat leverandør av hjemmetjenester har ikke et tilstrekkelig system/praksis for hvordan brukervedvirkning skal dokumenteres.

Krav:

Pasientrettighetsloven § 3

Kvalitetsforskriften § 3

Kommentar til merknad 2

Det finnes ingen prosedyre for hvordan brukervedvirkning skal forstås og ivaretas. Tjenesten har som beskrevet i revisjonsrapporten god praksis på området.

Det er imidlertid utarbeidet en sjekklister for hva som skal tas opp ved førstegangsbesøk i hjemmetjenesten. Denne sjekklisten legges inn som standardtekst i Gericca, og inneholder følgende punkter.

Sjekklister ved førstegangsbesøk i hjemmetjenesten:

- Gjennomgått hjemmejournal og avklart hvor denne og annet utstyr skal oppbevares:
- Gjennomgått vedtak:
- Gjennomgått serviceerklæringen:
- Informert om tjenesteansvarlig og evt. primærkontakt:
- Avklart om hjemmetjenesten skal ha nøkler:
- Sjekk om trygghetsalarmen virker:
- Har bruker medvirket til utforming av besøksdag og veiledende klokkeslett?
- Har bruker forstått informasjonen?

Kvalitetsgruppen i hjemmetjenesten skal i møte 02.02.2012, utarbeide følgende:

- forslag til overordna prosedyre for brukermedvirkning
- forslag til prosedyre for hvordan brukermedvirkning skal dokumenteres av utfører i hjemmetjenesten
- utarbeide plan for hvordan og når prosedyren for brukermedvirkning, prosedyre for dokumentasjon av brukermedvirkning og sjekklister ved førstegangsbesøk skal gjøres kjent for ansatte
- forslag godkjent av kvalitetsgruppen forelegges kvalitetsutvalg
- forslag behandles av kvalitetsutvalget den 06.03.2012

Referat fra møtet sendes til kvalitetsutvalget ved avdelingssjef.

Merknad 3

Utførers praksis på området journalføring og dokumentasjon er noe mangelfull.

Krav:

Forskrift om pasientjournal § 8

Kommentar til merknad 3

Den 14.11.2011 deltok 3 av 5 teamledere og 4 av 5 koordinatore/fordelere på kurs om dokumentasjon. Tema var "Helsepersonelloven med tilhørende forskrifter pålegger de som yter tjenester plikt til å dokumentere det som blir gjort. Dokumentasjon skal vise at plikter blir overholdt, og at rettigheter blir innfridd."

Bydelen har avtale med høgskolen i Oslo og Akershus om studentovertagelse. I programmet gis bl. a. faglig oppdatering til ansatte ved at de får en dags undervisning med foreleser fra høgskolen, med følgende tema: "Lovverk og dokumentasjon (fokus på helsepersonelloven og pasientrettighetsloven), samt om demens (kommunikasjon og etikk). Dette er et program som alle basene i hjemmesykepleien vil være gjennom i løpet av 2012.

Det er et eget kapittel i utepermen om rapportering og dokumentasjon (en prosedyrehåndbok som ansatte alltid skal ha med seg ut til bruker). Følgene er lagt til i dette kapittelet:

”Mangel på journalføring og videreformidling av rapporter og beskjeder ansees som avvik, og skal meldes i LOSEN. Avvik fra prosedyren kan føre til kritiske konsekvenser og følgende sikkerhetstiltak er iverksatt.

- Gjennomgang av Gericas rapport og beskjedbok daglig for å sikre at viktig informasjon blir formidlet og fulgt opp (mandager tas det ut rapport for 3 dager)
- Ukentlig uttak av ukvitterte arbeidslister for å sikre at tjenesten er utført”

Vedlagt følger oppdatert tjenesteavtale kommunale hjemmetjenester mellom bestillerkontoret og hjemmetjenesten.

Kvalitetsgruppen i hjemmetjenesten skal i møte den 02.02.2012, nedsette en gruppe som skal:

- gi en beskrivelse av hva som anses som relevante hendelser og hvordan disse skal dokumenteres i fritekst
- forslag godkjent av kvalitetsgruppen forelegges kvalitetsutvalg
- forslag behandles av kvalitetsutvalget den 06.03.2012.

Med hilsen

Tove Stien
bydelsdirektør

Solveig Nyhamar
avdelingssjef

Vedlegg:

- Prosedyre: Avviksbehandling
- Prosedyre: Risikoanalyse ved utarbeidelse av prosedyrer
- Tjenesteavtale kommunale hjemmetjenester

Kopi: Tilsynsutvalg for hjemmebaserte tjenester