



Oslo kommune
Helse- og velferdsetaten

Kvalitetsrevisjoner i hjemmetjenesten



Denne rapporten viser alle virksomhetsrapportene
for hjemmetjenesten i Oslo kommune, 2009


Mars 2010

FORORD

Helse- og velferdsetaten presenterer herved Rapporten: Virksomhetsrapporter for Hjemmetjenesten.

Kvalitetsrevisjoner er en del av kvalitetsmålingssystemet for alle hjemmetjenester i Oslo kommune. (byrådssak 272/03 og 193/05)

Rapporten er ordnet alfabetisk i følgende rekkefølge: Kommunale utførere, private utførere og bestillerenheter.



Gyda Elise Berg
direktør
Helse- og velferdsetaten

KVALITETSREVISJONER 2009 - TILBAKEMELDING TIL HJEMMEBASERTE TJENESTER BYDEL ØSTERNSJØ

1. Bakgrunn

Bystyret i Oslo kommune har vedtatt at det skal gjennomføres kvalitetsrevisjon av sykehjem, hjemmetjenesten og bestillerkontorene i Oslo kommune. Kvalitetsrevisjoner gjennomføres hvert annet år hos virksomhetene. I 2009 ble det gjennomført kvalitetsrevisjoner ved 16 kommunale og 11 private utførere av hjemmetjenester, samt bestillerkontorene/søknadskontorene i de 15 bydelene.

Målsetningen med kvalitetsrevisjonen er å få kartlagt de kvalitetsmessige sidene av driften, og at den enkelte organisasjonsenhet etterlever overordnede styringsdokumenter som planer, reglementer, prosedyrer, tjenestebeskrivelser og andre interne krav.

Gjennomføring av kvalitetsrevisjon er ett av tiltakene som Bystyret i Oslo kommune har vedtatt for å sikre kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene, og for å verifisere at tjenestene drives i henhold til myndighetskrav og overordnet regelverk. Det revideres med utgangspunkt i relevante lover og forskrifter, standarder for god faglig praksis og politiske vedtak.

Kvalitetsmålingssystemet for pleie- og omsorgstjenestene består i hovedsak av tre elementer som skal sees i sammenheng for å få et helhetlig bilde av kvaliteten i tjenestene:

- Revisjonsbesøk
- Registrering av objektive indikatorer
- Bruker- og pårørendeundersøkelser

Kvalitetsmålingssystemet skal sikre en ensartet holdning til kvalitetskravene for alle tjenester av samme type, uavhengig av om tjenesten utføres av private leverandører eller om tjenestene drives av kommunen selv.

2. Gjennomføring

Kvalitetsrevisjonen ved den enkelte enhet er gjennomført ved gruppeintervjuer der ledelsen, i tillegg til et begrenset utvalg representanter fra personalet, er intervjuet i løpet av en dag. I tillegg er forhåndsinnsendt og innhentet dokumentasjon benyttet. På prinsipielt grunnlag understrekes det at det kan være sider av driften som ikke har blitt avdekket i en revisjon av dette omfanget.

I årets rapport brukes en skala der mørke grønn angir svært tilfredsstillende kvalitet, grønn angir tilfredsstillende kvalitet, mens gult og rødt angir et forbedringspotensial for kvalitetsområdene. Basert på delrapportene for de enkelte virksomhetene utarbeides det en hovedrapport som tar for seg generelle forhold.

3. Tilbakemelding til virksomheten

Vi har noen kommentarer på områder der vi ser at virksomheten har et forbedringspotensial og som virksomheten bør arbeide videre med.

- Kvalitetsområde

- Kvalitetssystemet var ikke oppdatert ved revisjonstidspunktet. Det fremkom ved revisjon at de ansatte ikke medvirker i utarbeidelsen av kvalitetssystemet. Det anses som noe mangelfullt. Virksomheten bør sørge for at faglige og administrative prosedyrer oppdateres jevnlig og ved behov. Virksomheten bør trekke de ansatte med i dette arbeidet.

Vi er imidlertid kjent med at virksomheten har igangsatt arbeidet med å oppdatere disse i forbindelse med overgang til Kvalitetlosen.

- Virksomheten har system for avvikrapportering, men definisjonen for hva som er avvik i tjeneste og HMS er noe uklar. Ansatte oppgir at meldte avvik blir i varierende grad fulgt opp og mener rutinene ikke er gode nok. Dette anses som noe mangelfullt.

Virksomheten bør ha økt bevissthet rundt ulike typer avvik og tydeliggjøre rutiner for både registrering og oppfølging av avvik. Virksomheten bør videre legge vekt på å gi tilbakemelding til vedkommende som har registrert avviket om hvordan dette håndteres videre. Vi er imidlertid kjent med at registrering og oppfølging av avvik er et fokusområde for virksomheten.

- Brukermedvirkning og oppfølging av tjenester

- Ansatte gir uttrykk at de ikke kjenner rutinene for behandling og savner tilbakemelding når klager har blitt behandlet. Det anses som noe mangelfullt. Virksomheten bør vurdere (1) å tydeliggjøre og systematisere rutinene for behandling av klager på utførelse av tjenesten (2) å gjøre disse rutinene bedre kjent blant de ansatte (3) å vurdere oppfølging av formelle klager med hensyn til tilbakemeldinger til ansatte.

- Hjemmebesøk og sikkerhet

- Det kan synes som om det er noe varierende praksis blant de ansatte når det gjelder etterlevelse av rutiner som skal sikre at arbeidslister og andre sensitive dokumenter ikke kommer på avveie (makulering av arbeidslister). Dette er noe mangelfullt. Virksomheten bør sørge for å videreutvikle en enhetlig praksis som sikrer at taushetsbelagte opplysninger blir oppbevart forsvarlig over uvedkommende.

- Det kan synes som om det er noe varierende praksis blant de ansatte når det gjelder rutiner for oppbevaring av nøkler. Dette anses som mangelfullt. Virksomheten må sørge for at nøkler oppbevares forsvarlig og utarbeide enhetlige rutiner som sikrer at det foretas kontroll med inn- og utlevering av nøkler. Virksomheten må videre ha fokus på at de ansatte er kjent med, og har forstått rutinene for nøkkelhåndtering.

- Medisinhåndtering

- Vakthavende sykepleier har ikke tilgang til oversikt over ansatte som har tilstrekkelig kompetanse til å dele ut medisiner. Dette er noe mangelfullt. Virksomheten bør gjøre oversikten over ansatte med godkjenning til å dele medisiner tilgjengelig.

4. Tilbakemelding til HEV

I punkt tre ovenfor har vi påpekt områdene som vi anser mangelfulle og som virksomheten bør arbeide videre med. I noen tilfeller der virksomheten fungerer tilfredsstillende men har et forbedringspotensial, har vi også kommentert dette.

En skriftlig tilbakemelding på hvordan virksomheten har arbeidet med forbedringene sendes til HEV innen 30.6.2010.

Utfører Bydel Østensjø

Område	Vurdering	Avvik
1. Kvalitetsområde		
1.1.1 Kvalitetssystem, brukerhåndbøker og faglige prosedyrer og lignende Et kvalitetssystem som omfatter alle nødvendige prosedyrer for å kunne gi en fullverdig tjeneste og som tilfredsstiller kravene som er stilt i forskrift for internkontroll.		Tilfredsstillende
1.1.2 Etterlevelse Kvalitetssystemet er et aktivt dokument som brukes av de ansatte når de har behov for det. Ledelsen sørger for medvirkning fra ansatte i arbeidet med utvikling og oppdatering av kvalitetssystemet.		Tilfredsstillende
1.1.3 Tilgjengelighet av kvalitetssystem, brukerhåndbøker og faglige prosedyrer og lignende Håndbøker/ prosedyrebøker er lett tilgjengelige for de ansatte i papirutgave og/eller elektronisk.		Tilfredsstillende
1.1.4 Oppdatering av kvalitetsperm, brukerhåndbøker og faglige prosedyrer og lignende Det gjennomføres fast periodiske oppdateringer av kvalitetssystemet. Det foreligger dokumenterte rutiner for oppdatering av kvalitetssystemet og kvalitetssystemet er oppdatert på revisjonstidspunktet.		Kvalitetssystemet var ikke oppdatert ved revisjonsbesøket. Ledelsen trekker ikke de ansatte med i utviklingen av systemet. Dette anses som noe mangelfullt.
1.2 Rutiner for avvikshåndtering Det foreligger klare rutiner for rapportering, behandling og oppfølging av avvik, samt tilbakemelding til melderer av avviket. Rutinene er formidlet og forstått av de ansatte. Virksomheten gjennomfører en systematisk gjennomgang av alle avvik.		Virksomheten har system for avviksrapportering, men definisjonen for hva som er avvik i tjeneste og HMS er noe uklar. Ansatte oppgir at meldte avvik blir i varierende grad fulgt opp og mener rutinene ikke er gode nok. Dette anses som noe mangelfullt.

<p>1.3 Oppfølging av kvalitet i tjenesten og kvalitetsforbedring Virksomheten gjennomfører et systematisk arbeid med kvalitetsforbedring gjennom aktiv oppfølging av resultatene fra kommunes kvalitetsmålingssystem eller systemer som private utførere benytter. Virksomheten har målsettinger for forbedringsarbeidet.</p>		Tilfredsstillende
<p>2. Brukermedvirkning og oppfølging av tjenesten</p>		
<p>2.1 Informasjon til brukere og pårørende om tjenesten Virksomheten har et system for kommunikasjon og informasjon med alle brukere. Primærkontaktsystemet har gitt alle brukere en kontaktperson som fungerer.</p>		Tilfredsstillende
<p>2.2. Behandling av ønsker og endringer i hjelpebehov Brukernes ønsker og behov for endring i tjenesten blir dokumentert forsvarlig. Brukernes rett til medvirkning ivaretas.</p>		Tilfredsstillende
<p>2.3 Behandling av klager på utførelse Virksomheten har en fast rutine for registrering og behandling av klager. Det er tydelig definert hva som er en klage og de ansatte får opplæring i saksbehandling av klager. Alle skriftlige klager blir besvart skriftlig og ledelsen informeres om resultatene av behandlingen.</p>		Ansatte gir uttrykk at de ikke kjenner rutinene for behandling og savner tilbakemelding når klager har blitt behandlet. Det anses som noe mangelfullt.

3. Hjemmebesøk og sikkerhet		
3.1 Opptreden ved særskilte hendelser Virksomheten har prosedyrer for risikovurdering og opptreden ved særskilte hendelser. De ansatte er kjent med rutinene.		Tilfredsstillende
3.1.2 Organisering og sikkerhet Virksomheten har rutiner som ivaretar ansattes sikkerhet i tjenesten.		Tilfredsstillende
3.1.3 Taushet og diskresjon Virksomheten har system som sikrer at alle ansatte undertegner taushetserklæring. Alle ansatte har kjennskap til etiske retningslinjer i kommunene. Taushetsbelagte opplysninger blir oppbevart forsvarlig over uvedkommende.		Makulering av arbeidslister fungerer ikke likt i hele området ved at det inoen distrikter hender at de bare blir kastet. Dette anses som noe mangelfullt
3.2 Nøkkelhåndtering Virksomheten har etablerte trygge rutiner for nøkkelhåndtering. Det foretas en betryggende kontroll av inn- og utlevering av nøkler. Utlevering av brukers nøkler skjer ved skriftlig godkjenning av bruker/pårørende.		Kontroll av inn- og utkwittering av nøkler er mangelfull.
3.3 Legitimasjon Virksomheten har opplegg som sikrer at alle har ID-kort ved besøk hos bruker og at rutiner for bruk av ID-kort er skriftlig nedfelt.		Tilfredsstillende
4. Medisinhandling		
4.1 Utdeling av legemidler Virksomheten har etablerte rutiner for å sikre at medisinhandling kun blir utført av autorisert personell. Ufaglærte uten medisinkurs deler ikke ut medisiner. Rutine for avviksrapportering for medisinhandling blir nøye etterlevd.		Tilfredsstillende
4.2 Autorisasjon for medisinutdeling Virksomheten har en oppdatert oversikt over ansatte som har godkjenning til å dele ut medisin. Denne oversikten er tilgjengelig for alle ansatte på vakt		Vaktahvende sykepleier har ikke tilgang til oversikt over ansatte som har tilstrekkelig kompetanse til å dele ut medisiner. Dette er noe mangelfullt.

Bydel Østensjø

Bystyret i Oslo kommune har vedtatt at det skal gjennomføres kvalitetsrevisjon av sykehjem, hjemmetjenesten og bestillerkontorene i Oslo kommune. Kvalitetsrevisjoner gjennomføres hvert annet år. I 2009 gjennomføres kvalitetsrevisjon 16 kommunale og 11 private utførere av hjemmetjenesten, samt bestillerkontor/søknadskontorene i 15 bydeler.

Målsetningen med kvalitetsrevisjonen er å få kartlagt de kvalitetsmessige sidene av driften, og at den enkelte organisasjonsenhet etterlever overordnede styringsdokumenter som planer, reglementer, prosedyrer, tjenestebeskrivelser og andre interne krav. Gjennomføring av kvalitetsrevisjon er ett av tiltakene som Bystyret i Oslo kommune har vedtatt for å sikre kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene, og for å verifisere at tjenestene drives i henhold til myndighetskrav og overordnet regelverk. Det revideres med utgangspunkt i relevante lover og forskrifter, standarder for god faglig praksis og politiske vedtak.

Kvalitetsmålingssystemet for pleie- og omsorgstjenestene består i hovedsak av tre elementer som skal sees i sammenheng for å få et helhetlig bilde av kvaliteten i tjenestene:

- Revisjonsbesøk
- Registrering av objektive indikatorer
- Bruker- og pårørendeundersøkelser

Kvalitetsmålingssystemet skal sikre en ensartet holdning til kvalitetskravene for alle tjenester av samme type, uavhengig av om tjenesten utføres av private leverandører eller om tjenestene drives av kommunen selv.

2. Gjennomføring

Kvalitetsrevisjonen ved den enkelte enhet er gjennomført ved gruppeintervjuer der ledelsen, i tillegg til et begrenset utvalg representanter fra personalet, er intervjuet i løpet av en dag. I tillegg er forhåndsinnsendt og innhentet dokumentasjon benyttet. På prinsipielt grunnlag understrekes det at det kan være sider av driften som ikke har blitt avdekket i en revisjon av dette omfanget.

I årets rapport brukes en skala der mørke grønn angir svært tilfredsstillende kvalitet, grønn angir tilfredsstillende kvalitet, mens gult og rødt angir et forbedringspotensial for kvalitetsområdene. Basert på delrapportene for de enkelte virksomhetene utarbeides det en hovedrapport som tar for seg generelle forhold, samt spesielt gode tiltak som kan være overførbare fra andre virksomheter.

3. Tilbakemelding til virksomheten

Vårt hovedinntrykk er at tjenesten fungerer bra, men vi har noen kommentarer på områder der vi ser virksomheten har et forbedringspotensial og som virksomheten bør arbeide videre med.

Generelt bør virksomheten jevnlig vurdere å gå gjennom sine rutiner og systemer på de ulike områder med tanke på forbedring/utvikling.

- Saksbehandling og kvalitetssystem

Administrative og faglige prosedyrer/ rutiner er tilgjengelig i virksomheten, men det kan synes som om disse ikke oppdatert på revisjonstidspunktet. Virksomheten bør ha fokus på å ha jevnlig oppdatering og sørge for at prosedyrer og rutiner er lett tilgjengelig for de ansatte.

Virksomheten bør vurdere å utarbeide rutiner for hvor man finner dokumentasjoner som ikke føres i Gericia

Virksomheten har et bevist forhold til områder hvor det er fare for svikt, men har ingen system for å kartlegge områder hvor det er fare for svikt. Virksomheten bør se nærmere om det er et behov for utarbeide et bedre system for identifisering av områder hvor det er fare for svikt.

- Behovsvurdering

Det kan synes som om virksomheten har rutiner for at henvendelser blir besvart innen 2-3 uker. Virksomheten bør imidlertid vurdere å utarbeide rutine som sørger for at alle henvendelser enten blir muntlig eller skriftlig blir besvart innen 7 dager.

Virksomheten bør vurdere å utarbeide skriftlige systemer for å innhente bruker synspunkter for å ivareta brukers rett til medvirkning. Vi er imidlertid kjent med at virksomheten har en kultur for å sørge for brukermedvirkning.

- Vedtak

Det finnes rutiner for klagesaksbehandling i virksomheten, men det synes som om de ansatte ikke har fått en tilstrekkelig og systematisk opplæring i disse rutiner. Virksomheten bør vurdere å tydeliggjøre og systematisere opplæringen for behandling av klager og gjøre disse rutinen bedre kjent blant de ansatte.

Virksomheten må vurdere å innføre (1) en rutine for å legge inn varighet på inntil seks måneder på alle vedtak, (2) en rutine for revurdering av alle vedtak hver sjette måned. Vi er imidlertid kjent med at virksomheten har en automatisk revurdering innen ett år på 75 %.

- Oppfølging og endringshåndtering

Tilfredsstillende, men virksomheten bør vurdere å utarbeide systemer som sørger for at søker og pårørende får tilbud om å delta på f.eks nettverksmøter og lignende, der dette er nødvendig for å sikre at bruker får den tjenesten han/hun har behov for.

Virksomheten bør jevnlig vurdere om det er behov for å forbedre bestillerkontorets tilgjengelighet mellom publikum og de ansatte, Dette for å gjøre det lettere å komme i kontakt med kontoret/saksbehandlerne.

4. Tilbakemelding til HEV

I punkt tre ovenfor har vi påpekt områdene som vi anser mangelfulle og som virksomheten bør arbeide videre med. I noen tilfeller der virksomheten fungerer tilfredsstillende men har et forbedringspotensial, har vi også kommentert dette.

En skriftlig tilbakemelding på hvordan virksomheten har arbeidet med forbedringene sendes til Helse-og velferdsetaten innen 30.6.2010.

Bydel Østensjø

Område	Farge	Vurdering
1. Saksbehandling og kvalitetssystem		
1.1.1 Eksistens av kvalitetssystem Et kvalitetssystem som omfatter alle nødvendige prosedyrer for å kunne gi en fullverdig tjeneste og som tilfredsstillende kravene som er stilt i forskrift for internkontroll.		Dette anses som tilfredsstillende hos virksomheten
1.1.2 Etterlevelse Kvalitetssystemet er et aktivt dokument som brukes av de ansatte når de har behov for det. Ledelsen sørger for medvirkning fra ansatte i arbeidet med utvikling og oppdatering av kvalitetssystemet.		Dette anses som tilfredsstillende hos virksomheten
1.1.3 Oppdatering Det gjennomføres fast periodiske oppdateringer av kvalitetssystemet. Det foreligger dokumenterte rutiner for oppdatering av kvalitetssystemet og kvalitetssystemet er oppdatert på revisjonstidspunktet.		Noe mangelfull oppdatering av kvalitetssystemet ved revisjonstidspunktet - deler av systemet er oppdatert. Dette anses som noe mangelfullt hos virksomheten
1.1.4 Tilgjengelighet Håndbøker/ prosedyrebøker er lett tilgjengelige for de ansatte i papirutgave og/eller elektronisk.		Prosedyrer for saksbehandling ligger på intranett, men ansatte synes likevel at det er vanskelig å finne frem på saksbehandlingsrutiner. Dette anses som noe mangelfullt hos virksomheten
1.2. Registrering og dokumentasjon God saksbehandling sikres av et godt kvalitetssystem der Gericajournalen benyttes som system for registrering og dokumentasjon, saksbehandlingsprosedyrer er skriftliggjort og kjent blant de ansatte.		Det fremgår ikke i Gericajournalen at dokumentasjon som er brukt som grunnlag for vedtaket ligger et annet sted. Dette anses som noe mangelfullt hos virksomheten
1.3 Kvalitetsforbedring Virksomheten gjennomfører et systematisk arbeid med kvalitetsforbedring gjennom aktiv oppfølging av resultatene fra kommunes kvalitetsmålingssystem eller systemer som private utførere benytter. Virksomheten har målsettinger for forbedringsarbeidet.		Dette anses som tilfredsstillende hos virksomheten
1.4. Taushet og diskresjon Virksomheten har system som sikrer at alle ansatte undertegner taushetserklæring. Alle ansatte har kjennskap til etiske retningslinjer i kommunene. Taushetsbelagte opplysninger blir oppbevart forsvarlig over uvedkommende.		Dette anses som tilfredsstillende hos virksomheten

<p>1.5 Organisering Virksomheten har en bevisst holdning til hensiktsmessig organisering. Det fremgår klart hvordan ansvar, myndighet og oppgaver er fordelt. Det er et opplegg for å håndtere avvik i bemanning ved lengre fravær av ansatte.</p>		<p>Dette anses som tilfredsstillende hos virksomheten</p>
<p>1.6 Fare for svikt eller manglende oppfyllelse av myndighetskrav Virksomheten foretar jevnlig kartlegginger og har et system for identifisering av områder hvor det er fare for svikt i oppfyllelse av myndighetskrav Gjennomfører risikoanalyser for å avklare områder hvor det er størst fare for svikt.</p>		<p>Virksomheten har et bevisst forhold til områder hvor det er fare for svikt, men det er ikke foretatt kartlegginger/er ikke et system for kartlegginger av områder hvor det er fare for svikt. Dette ansees som noe mangelfullt.</p>
<p>2. Behovsvurdering</p>		
<p>2.1. Rutiner for behandling av henvendelser God behovsvurdering omfatter etablerte rutiner for førstegangskontakt med søker, ivaretagelse av eventuelle akutte behov, samt at det finnes rutiner for formidling og innhenting av nødvendig informasjon.</p>		<p>Virksomheten tar ikke skriftlig eller muntlig kontakt med alle søkere innen 7 dager. Dette anses som noe mangelfullt hos virksomheten</p>
<p>2.2 Saksbehandlingstid. Søknader registreres når mottatt i bydelen og har rutiner for utregning av saksbehandlingstid.</p>		<p>Dette ansees som tilfredsstillende hos virksomheten</p>
<p>2.3 Vurderingsbesøk Det benyttes maler for hvilken informasjon som skal innhentes fra bruker og helsetjeneste, og det gjennomføres førstegangsbesøk og arbeidsplasskartlegging.</p>		<p>Dette ansees som tilfredsstillende hos virksomheten</p>
<p>2. 4 Brukermedvirkning Virksomheten har et system for å innhente brukers synspunkter for at brukers rett til medvirkning ivaretas. Vurderingsbesøk/førstegangsbesøk gjennomføres alltid og vedtak fattes i samarbeid med bruker. Revurderingsbesøk gjennomføres ved spesifikke behov. Bestillerkontoret er tilgjengelig på telefon og det avholdes regelmessige og formaliserte møter med utførerne. Det gis rett og oppdatert informasjon om brukervalg etter felles mal.</p>		<p>Virksomheten har ikke et system for å innhente brukers synspunkter. Dette anses som noe mangelfullt hos virksomheten</p>
<p>2.5. Innhenting av medisinsk informasjon Virksomheten har system/klar prosedyre for å følge opp manglende opplysninger fra sykehus eller fra fastlege for å kunne fatte et forsvarlig vedtak ut fra lover og forskrift. Alltid innhenting av legeopplysninger ved søknad om sykehjemsplass. Det gjennomføres tverrfaglige møter for å kunne fatte riktige vedtak.</p>		<p>Dette ansees som tilfredsstillende hos virksomheten</p>

3 Vedtak		
<p>3.1. Innhold og formidling av vedtak God kvalitetssikring av vedtak omfatter maler for innhold, samt etablerte rutiner for behandling og formidling av vedtak. Det finnes klare, nedfelte rutiner for klagebehandling, samt at revurdering gjøres både periodisk og ved behov.</p>		Dette ansees som tilfredsstillende hos virksomheten
<p>3.2. Iverksettning av vedtak Iverksettelse av vedtak kvalitetssikres ved kontroll av utførers kvittering for mottak av ny bruker, samt vet at faktura kontrolleres mot journaler i Gerica.</p>		Dette ansees som tilfredsstillende hos virksomheten
<p>3.3. Behandling av klager på enkeltvedtak Virksomheten har en fast rutine for registrering og behandling av klager. Det er tydelig definert hva som er en klage og de ansatte får opplæring i saksbehandling av klager. Alle skriftlige klager blir besvart skriftlig og ledelsen informeres om resultatene av behandlingen.</p>		Det finnes rutiner for klagesaksbehandling. Ansatte hevder at systematisk opplæring i klagesaksbehandling er noe mangelfull. Dette anses som noe mangelfullt hos virksomheten
<p>3.4. Periodisk revurdering av vedtak Virksomheten har rutiner for at det vurderes om det er behov for revurdering minimum hver 6 .måned. Varighet på vedtak blir alltid lagt inn i Gerica og vedtak om hjemmetjenester legges inn med maksimum 1års varighet. Ved revurdering gjennomføres ny behovsvurdering og det tas jevnlig ut rapport over vedtak som "går ut på dato".</p>		Vedtak om hjemmetjenester har vedtakstid over 1 års varighet. Det er krav om revurderinger minimum hver 6.måned.Dette ansees som mangelfullt hos virksomheten.
4. Oppfølging og endringshåndtering		
<p>4.1. Brukermedvirkning og endring i hjelpebehov God oppfølging og endringshåndtering besørges gjennom brukermedvirkning, ved at det føres journaler for behovsendringer i Gerica og at det finnes en enhetlig praksis for gjennomgang av disse. Det gjennomføres ny behovsvurdering ved revurdering av vedtak, og det finnes et system for mottak av henvendelser og beskjeder til bestillerkontoret/saksbehandlerne.</p>		Dette ansees som tilfredsstillende hos virksomheten
<p>4.2. Tilgjengelighet Brukere er kjent med hvordan de skal ta kontakt med bestiller og saksbehandlere er tilgjengelig på tlf/mail. All viktig informasjon formidles skriftlig.</p>		Dette ansees som tilfredsstillende hos virksomheten

