



Oslo kommune  
**Bydel Østensjø**  
Bydelsadministrasjonen

F=ferdig, UA= under arbeid, IU=ikke utført

Kvalitetskrav og merknader til hjemmetjenesten	Tiltak jf BU SAK 14.06.2010	Status Oktober 2010
<b>1. Kvalitetsområde</b>		
<b>1.1.4 Oppdatering av kvalitetsperm, brukerhåndbøker og faglige prosedyrer og lignende</b> Det gjennomføres fast periodiske oppdateringer av kvalitetssystemet. Det foreligger dokumenterte rutiner for oppdatering av kvalitetssystemet og kvalitetssystemet er oppdatert på revisjonstidspunktet.  <i>Merknad (gul): Kvalitetssystemet var ikke oppdatert ved revisjonsbesøket. Ledelsen trekker ikke de ansatte med i utviklingen av systemet.</i> <i>Dette anses som noe mangelfullt</i>	<p>Rutinene/praksis rundt dette er under arbeid i forbindelse med innføring av KvalitetsLosen. Det var et lederseminar den 25.mai, hvor det ble presentert en skisse for hvordan bydelen skal jobbe med kvalitetsforbedringer og avviksbehandling.</p> <p>I påvente av dette har avdelingens kvalitetsutvalg godkjent midlertidige prosedyrer for "Organisering av kvalitetsråd, utvalg og grupper" og "Kvalitetsgruppens funksjon og ansvarsområder" inntil annet er vedtatt.</p> <p>Avdelingen etablerte kvalitetsutvalg og kvalitetsgruppe i hjemmetjenesten i 2007 mars.</p> <p>Kvalitetsgruppene skal bl.a. holde prosedyrer oppdatert for sine områder og utarbeide nye ved behov, mens kvalitetsutvalget, ledet av avdelingssjef, skal godkjenne prosedyrene. Disse skal sørge for at ansatte trekkes med i prosessen</p>	<p>Bydelens elektroniske kvalitetssystem KvalitetLosen ble tatt i bruk den 27. september</p> <p>Det er opprettet et overordnet kvalitetsråd for hele bydelen, kvalitetsutvalg for hver avdeling og kvalitetsgrupper for tjenestestedene).</p> <p>Kvalitetsgruppen har ansvar for å innhente og behandle forslag/endingsforslag fra ansatte via personalmøter eller via KvalitetsLosen.</p> <p>Utepermen med kortversjoner av alle gjeldende prosedyrer, ble redigert før sommeren 2010. Alle ansatte i hjemmetjenesten. – inkludert ekstravakter – har denne permen.</p> <p>De fleste prosedyrer, som angår kvalitet i forhold til brukerne, er lagt inn og godkjent i KvalitetsLosen. Det jobbes nå med å legge inn e prosedyrer innen legemiddelhåndtering og samkjøre disse til være felles for boliger for mennesker med utviklingshemming /psykiatri og intermediaeravdelingen. Dette arbeidet antas å bli ferdig innen utgangen av 2010. Deretter starter arbeidet med å legge inn HMS prosedyrer. Prosedyrer som enda ikke er tilgjengelig for de</p>

		<p>ansatte i KvalitetsLosen er fortsatt tilgjengelig i permer på avdelingene.</p> <p>Ressurspersoner i hjemmetjenesten har fått opplæring i bruk av KvalitetsLosen og skal sammen med lederne, sørge for opplæring av ansatte i løpet av høst/vinter 2010.</p>
<p><b>1.2 Rutiner for avvikhåndtering</b>  Det foreligger klare rutiner for rapportering, behandling og oppfølging av avvik, samt tilbakemelding til melder av avviket. Rutinene er formidlet og forstått av de ansatte. Virksomheten gjennomfører en systematisk gjennomgang av alle avvik.</p> <p><i>Merknad(gul): 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</i></p>	<p>Avdelingens kvalitetsutvalg har godkjent midlertidig prosedyrer for "Behandling av avviksmeldinger" og definisjon av avvik ble midlertidig godkjent inntil annet er vedtatt for bydelen.</p> <p>Avviksbegrepet og fokus på avviksmelding blir tema for avdelingssjefs ledermøte med alle tjenestestedene. Møtet holdes før ferieavviklingen. Deretter tar lederne opp avviksbegrepet og avviksmelding med ansatte i personalmøter. .</p> <p>Innføring av nytt elektronisk kvalitetssystem (KvalitetsLosen) innehar en avvikhåndterings modul som gir melder mulighet til å kunne følge behandlingen av meldt avvik, inntil avviket er lukket.</p> <p>Frem til dette verktøyet er innført, brukes nåværende avviksskjemaer i papirutgaver. Tiltak føres opp på avviksskjemaet, og den som melder avviket skal ha en kopi av ferdigbehandlet skjema, innen 14 dager.</p> <p>Ledere er minnet om denne rutinen</p>	<p>Det er utarbeidet prosedyre for å melde avvik. Alle avvik skal nå meldes via KvalitetsLosen.</p> <p>Det jobbes med å få en felles forståelse for hva et avvik er og hvordan man skal melde avvik. Det benyttes case og felles diskusjoner rundt reelle avvik.</p> <p>Definisjon av hva et avvik er, er godkjent og gjort kjent for alle ledere. Lederne er i gang med å gjøre definisjonen kjent for ansatte</p>

<b>2. Brukermedvirkning og oppfølging av tjenesten</b>		
<b>2.3 Behandling av klager på utførelse</b> 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.  <i>Merknad(gul): Ansatte gir uttrykk at de ikke kjenner rutinene for behandling og savner tilbakemelding når klager har blitt behandlet. Det anses som noe mangelfullt</i>	Klage på tjenesten behandles av instansen over, dvs avdelingssjef. Tjenesteleder får kopi av svar på klagen  En er i gang med å utarbeide prosedyre for klagehåndtering av klager på tjenesteutførelsen. Denne vil bli gjort kjent for ansatte	Prosedyre for klagebehandling for utførelse av tjenesten er godkjent og sendt lederne. Lederne er i gang med å gjøre denne kjent for ansatte.
<b>3. Hjemmebesøk og sikkerhet</b>		
<b>3.1.3 Taushet og diskresjon</b> 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.  <i>Merknad(gul): Makulering av arbeidslister fungerer ikke likt i hele området ved at det i noen distrikter hender at de bare blir kastet. Dette anses som noe mangelfullt</i>	Prosedyre for "Sensitive data" er utviklet og godkjent av avdelingens kvalitetsutvalg.  Alle ansatte er gjort kjent med at det er makuleringsdunker på basen og at arbeidslister skal kastes i disse etter endt vakt. Dunkene er lett synlige for alle ansatte.  Dette er også en innarbeidet rutine fra tidligere	Det er innført lik prosedyre på alle baser i hjemmetjenesten, i forhold til behandling av "Sensitive data". Det er makuleringsdunker på alle baser, og de ansatte er kjent med at arbeidslister skal kastes i disse etter endt vakt. Dunkene er lett synlige for alle ansatte.
<b>3.2 Nøkkelhåndtering</b> Virksomheten har etablerte trygge rutiner for nøkkelhåndtering. Det foretas en betryggende kontroll av inn- og utlevering av nøkler.	Revidert prosedyre "brukers nøkler, håndtering ved bruk" er revidert og godkjent av kvalitetsutvalg.	Prosedyre for nøkkelhåndtering er revidert og gjennomgått med ansatte, som er gjort kjent med eget ansvar for å følge denne.

<p>Utlevering av brukers nøkler skjer ved skriftlig godkjenning av bruker/pårørende.</p> <p><i>Merknad(rød): Kontroll av inn- og utkvittering av nøkler er mangelfull</i></p>	<p>Lederne har ansvar for å gjøre rutinen kjent for ansatte omgående. De ansatte bør kontrollere hverandre, men er selv ansvarlig for å følge prosedyren.</p> <p>Dette er også en godt innarbeidet rutine fra tidligere</p>	
<p><b>4. Medisinhandling</b></p>		
<p><b>4.2 Autorisasjon for medisinutdeling</b> Virksomheten har en oppdatert oversikt over ansatte som har godkjenning til å dele ut medisin. Denne oversikten er tilgjengelig for alle ansatte på vakt</p> <p><i>Merknad(gul): Vakthavende sykepleier har ikke tilgang til oversikt over ansatte som har tilstrekkelig kompetanse til å dele ut medisiner. Dette er noe mangelfullt</i></p>	<p>Tjenestestedene har en oppdatert oversikt over ansattes navn og godkjenningsdato for personer med delegert ansvar for medisinhandling. Ledere har fått melding om at denne skal henges utenfor medisinskapet på basen og at ansatte gjøres kjent med oversikten. Alle ansvarsvakter skal ha skriftlig informasjon om dette</p>	<p>Oversikt over ansatte med delegert ansvar for medisinhandling henger lett synlig for ansatte. Ansvarsvakten er spesielt gjort oppmerksom på hvor denne listen henger.</p>
<p><b>Kvalitetskrav og merknader til bestillerkontoret</b></p>	<p><b>Tiltak jf BU SAK 14.06.2010</b></p>	<p><b>Merknader til status</b></p>
<p>1. Saksbehandling og kvalitetssystem</p>	<p><b>Tiltak</b></p>	
<p><b>1.1.3 Oppdatering</b> Det gjennomføres fast periodiske oppdateringer av kvalitetssystemet. Det foreligger dokumenterte rutiner for oppdatering av kvalitetssystemet og kvalitetssystemet er oppdatert på revisjonstidspunktet.</p> <p><i>Merknad(gul): Noe mangelfull oppdatering av kvalitetssystemet ved revisjonstidspunktet - deler av systemet er oppdatert</i></p>	<p>Bestillerkontoret skal konstituere kvalitetsgruppen og utarbeide en plan for gjennomgang og oppdatering av prosedyrer og rutiner, samt nedsette arbeidsgrupper for oppdatering og utvikling av prosedyrer Se for øvrig pkt 1.1.4. for hjemmetjenesten</p>	<p>Kvalitetsgruppen er konstituert. Plan for gjennomgang og oppdatering av prosedyrer og rutiner er utført. Det er nedsatt en arbeidsgruppe for oppdatering og utvikling av prosedyrer.</p>

<p><b>1.1.4 Tilgjengelighet</b> Håndbøker/ prosedyrebøker er lett tilgjengelige for de ansatte i papirutgave og/eller elektronisk</p> <p><i>Merknad(gul) Prosedyrer for saksbehandling ligger på intranett, men ansatte synes likevel at det er vanskelig å finne frem på saksbehandlingsrutiner</i></p>	<p>Rutiner for saksbehandling og øvrige rutiner skal legges i KvalitetsLosen slik at relevante rutiner for hver enkelt ansatt blir lett tilgjengelige</p>	<p>Saksbehandlingsrutiner revideres og legges kontinuerlig inn i KvalitetsLosen. Dette sikrer at ansatte får lett tilgang til oppdaterte rutiner.</p>
<p><b>1.2. Registrering og dokumentasjon</b> God saksbehandling sikres av et godt kvalitetssystem der Gericca benyttes som system for registrering og dokumentasjon, saksbehandlingsprosedyrer er skriftliggjort og kjent blant de ansatte.</p> <p><i>Merknad(gul): Det fremgår ikke i Gericajournalen at dokumentasjon som er brukt som grunnlag for vedtaket ligger et annet sted. Dette anses som mangelfullt hos virksomheten</i></p>	<p>All informasjon som ikke står i vedtaket står i saksbehandlerjournal i Gericca. Ansatte er gjort kjent med dette</p>	
<p><b>1.6 Fare for svikt eller manglende oppfyllelse av myndighetskrav</b> Virksomheten foretar jevnlig kartlegginger og har et system for identifisering av områder hvor det er fare for svikt i oppfyllelse av myndighets krav. Gjennomfører risikoanalyser for å avklare områder hvor det er størst fare for svikt.</p> <p><i>Merknad(gul): Virksomheten har et bevisst forhold til områder hvor det er fare for svikt,</i></p>	<p>Ved gjennomgang av rutiner (pkt 1.1.3.) vil det vurderes risiko for svikt på de enkelte punkter i en rutine. Det settes inn ev tiltak som kan minske faren for alvorlig svikt samt kritiske kontrollspørsmål i rutinen som ansatte skal gjennomgå</p>	<p>Dette gjøres ved oppdatering og overføring av rutinene til KvalitetsLosen.</p>

<p><i>men det er ikke foretatt kartlegginger/er ikke et system for kartlegginger av områder hvor det er fare for svikt</i></p>		
<p><b>2. Behovsvurdering</b></p>		
<p><b>2.1 Rutiner for behandling av henvendelser</b>  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><i>Merknad(gul): Virksomheten tar ikke skriftlig eller muntlig kontakt med alle søkere innen 7 dager. Dette anses som noe mangelfullt hos virksomheten</i></p>	<p>Alle rutiner vil bli oppdatert fortløpende ihht krav om svar innen 7 dager, enten ved vedtak, vurderingsbesøk eller forvaltningsmelding.</p> <p>Revidert rutine gjøres kjent for ansatte</p>	<p>Det arbeides aktivt med oppdatering av alle rutiner som fortløpende legges inn i KvalitetsLosen. Dette skal være gjort innen høsten 2010.</p> <p>Saksbehandlere er gjort kjent med at de skal ta skriftlig eller muntlig kontakt med alle søkere innen 7 dager.</p>
<p><b>2.4 Brukermedvirkning</b>  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><i>Merknad(gul): Virksomheten har ikke et system for å innhente brukers synspunkter</i></p>	<p>Nåværende rutine for saksbehandling revurderes hvor krav til brukermedvirkning presiseres. Det lages også et system for registrering i Gericia over hvem som har fått mulighet til å uttale seg (se pkt 1.1.3).  Revidert rutine gjøres kjent for ansatte.</p>	<p>Tjenesten har gode, men ikke skriftlige, prosedyrer for førstegangs-/vurderingsbesøk.</p> <p>Det vil i løpet av høsten bli utarbeidet en skriftlig prosedyre for førstegangs-/vurderingsbesøk som sikrer brukermedvirkning.</p>

3 Vedtak		
<p><b>3.3. Behandling av klager på enkeltvedtak</b> 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> <p><i>Merknad(gul): Det finnes rutiner for klagesaksbehandling. Ansatte hevder at systematisk opplæring i klagesaksbehandling er noe mangelfull</i></p>	<p>Det vil bli gjennomført internopplæring av klagesaksbehandling for saksbehandlere.</p> <p>Det utarbeides lokal rutine for klagesaksbehandling knyttet opp mot sentral prosedyre fra HEV i Gericca.</p>	<p>Internopplæring av klagesaksbehandling for saksbehandlere ble gjennomført i juni 2010.</p> <p>De lokale klagesaksbehandlingsrutinene vil være plass i løpet av høsten.</p>
<p><b>3.4. Periodisk revurdering av vedtak</b> 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 Gericca og vedtak om hjemmetjenester legges inn med maksimum 1 års varighet. Ved revurdering gjennomføres ny behovsvurdering og det tas jevnlig ut rapport over vedtak som "går ut på dato".</p> <p><i>Merknad(rød): Vedtak om hjemmetjenester har vedtakstid over 1 års varighet. Det er krav om revurderinger minimum hver 6. måned</i></p>	<p>Etter revisjonen er det utarbeidet og implementert en ny rutine om at hjemmesykepleien vurderer behov for nytt vedtak hver 3. måned og sender melding om behov for revurdering til bestiller.</p> <p>Det utarbeides en rutine/prosedyre som sikrer revurdering av praktisk pleie hver 6. mnd. (Se pkt. 1.1.3). Denne gjøres kjent for alle saksbehandlere</p>	<p>Teamleder har ansvar for å fange opp hvilke vedtak som skal revurderes hver 6. måned. Det utarbeides en rutine som sikrer dette.</p>