

# STATUS INNEN FOR DE REVIDERTE OMRÅDENE SOM STÅR BESKREVET I BU SAKEN, SAMT TJENESTE AVVIK I PERIODEN 01.04-31.08.2012

## Avvik fra kvalitetsrevisjon Lov om sosiale tjenester Kap. 4A

Avvik	Status september 2012	Kvalitetsavvik i perioden 01.04 – 31.08.12 <sup>1</sup>	Oppfølging av avvik etter mars 2012																
<p><u>Avvik 1</u> Bydel Østensjø sikrer ikke at alle aktuelle tjenestemottakere mottar et forsvarlig tjenestetilbud etter Lov om sosiale tjenester § 4-2 a.”</p>	<p>Bydel Østensjø mottok brev fra Fylkesmannen datert 18.04.2012 (se vedlegg). Der står det, ”Fylkesmannen vurderer at alle avvikene er lukket og avslutter med dette tilsynet knyttet til Lov om sosiale tjenester Kap. 4A, i Bydel Østensjø.</p>	<p>151 avvik fordeler seg slik:</p> <table> <tr> <td>Tjeneste/bruker</td> <td>109</td> </tr> <tr> <td>Informasjon/kommunikasjon</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nesten-uhell</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Saksbehandling</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Samhandling/samarbeid</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>Tjenesteproduksjon</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td>Ulykke, skade</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Vold og trusler</td> <td>24</td> </tr> </table>	Tjeneste/bruker	109	Informasjon/kommunikasjon	5	Nesten-uhell	9	Saksbehandling	1	Samhandling/samarbeid	21	Tjenesteproduksjon	39	Ulykke, skade	9	Vold og trusler	24	<p>Økt bemanning iht behov jf enkeltvedtak</p> <p>Sagt opp turnuser for bedre ressursutnyttelse</p> <p>Kompetansehevende tiltak i samarbeid</p> <p>Avdeling for nevrohabilitering ved Ullevål sykehus og ved A-hus.</p>
Tjeneste/bruker	109																		
Informasjon/kommunikasjon	5																		
Nesten-uhell	9																		
Saksbehandling	1																		
Samhandling/samarbeid	21																		
Tjenesteproduksjon	39																		
Ulykke, skade	9																		
Vold og trusler	24																		
<p><u>Avvik 1</u> Bydel Østensjø sikrer ikke at alle aktuelle tjenesteytere gjennomfører opplæring i Lov om sosiale tjenester Kap. 4A.</p>	<p>Denne revisjonen blir derfor ikke ytterligere omtalt i denne framstillingen.</p>	<p>Summen avviker fra antall avvik fordi et avvik er registrert under en eller flere kategorier</p>	<p>Internundervisning innenfor fagområdet</p>																
<p><u>Avvik 2</u> Bydel Østensjø sikrer ikke at et konkret tiltak som innebærer bruk av tvang og makt er vurdert opp mot lovens bestemmelser ”</p>			<p>En fagkonsulent fra kompetanseteam deltar i kvalitetsgruppen for Boligen.</p> <p>Utlyst ledige stillinger</p> <p>Omgjør stillinger for ufaglærte til fagstillinger</p>																

<sup>1</sup> Der et for omfattende å gå inn i hvert enkelt avvik. Leder lukker avviket på riktig nivå. Det settes inn forbedringstiltak ut fra avvikets alvorlighetsgrad og fare for gjentakelse

## Avvik etter kvalitetsrevisjon Hjemmetjenesten

Avvik	Status september 2012	Kvalitetsavvik i perioden 01.04 – 31.08.12 <sup>2</sup>	Oppfølging av avvik etter mars 2012														
<p><i>Avvik 1</i> 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.</p>	<p>En anser avviket som lukket. Alle ansatte er kjent med Prosedyren ” Avviksbehandling - kvalitet”. De har tilgang til KvalitetsLosen, og er kjent med hvordan avvik skal meldes.</p> <p>Det er avholdt fag dag i ledergruppen ift rolleavklaring i kvalitetsorganisasjonen, samt ny gjennomgang av elektronisk avviks modul i KvalitetsLosen og uttak av avviksstatistikk</p> <p>Det er innført kvalitetsutvalg med 4 faste møter per år, og kvalitetsgruppen ved bestillerkontoret har 6 faste møter per år.</p>	<p>109 avvik fordeler seg slik.</p> <table border="0"> <tr> <td>Tjeneste/bruker</td> <td>87</td> </tr> <tr> <td>Informasjon/kommunikasjon</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Nesten-uhell</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Saksbehandling</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Samhandling/samarbeid</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Tjenesteproduksjon</td> <td>52</td> </tr> <tr> <td>Ulykke, skade</td> <td>1</td> </tr> </table> <p>Summen avviker fra antall avvik fordi et avvik er registrert under en eller flere kategorier</p>	Tjeneste/bruker	87	Informasjon/kommunikasjon	10	Nesten-uhell	9	Saksbehandling	4	Samhandling/samarbeid	16	Tjenesteproduksjon	52	Ulykke, skade	1	<p>Deltagelse i flere kompetansehevende og kvalitetsutviklende eksterne prosjekter</p> <p>Bydelens kompetanseteam bestående av to fagsykepleier har fått særlig oppdrag om kvalitetsforbedringsoppfølging i hjemmetjenesten. En deltar i kvalitetsgruppe.</p>
Tjeneste/bruker	87																
Informasjon/kommunikasjon	10																
Nesten-uhell	9																
Saksbehandling	4																
Samhandling/samarbeid	16																
Tjenesteproduksjon	52																
Ulykke, skade	1																
<p><i>Avvik 2</i> 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</p>	<p>En anser avviket som lukket. Det er utarbeidet en prosedyre ”risikoanalyse ved utarbeidelse av rutiner og prosedyrer”. Denne er gjort kjent og implementert. Alle nye prosedyrer risikovurderes i kvalitetsgruppene. Det gjøres en risikoanalyse på hva som kan gå galt, alvorlighetsgrad og sannsynlighet for at det skjer. For å forebygge brudd på sentrale elementer i prosedyren sette det inn kontrollspørsmål som påminnelse. Det er utarbeidet en tjenesteavtale mellom bestiller - utfører. Denne beskriver hvem som gjør hva i handlingskjeden rund bruker. Avtalen danner et godt grunnlag for risikovurdering og behov for nye prosedyrer.</p>		<p>Internundervisning i PDA (hånholdte terminaler i fagsystemet Gerica) prioriteres ved Base Bogerud</p> <p>Base Bogerud tatt ut til å delta i bydelens sykefraværprosjekt</p> <p>En har midlertidig økt sykepleierfaglig</p>														

<sup>2</sup> Der et for omfattende å gå inn i hvert enkelt avvik. Leder lukker avvikene på riktig nivå. Det settes inn forbedringstiltak ut fra avvikets alvorlighetsgrad og fare for gjentakelse

<p><i><u>Merknad 1</u> Utførers rutiner på området leverandørbytte er noe mangelfulle.</i></p>	<p>Proseduren ”tilrettelegging for brukervalg – hjemmesykepleie” er kjent for avdelingssykepleier og for koordinatorene i hjemmetjenesten. De ansatte henviser avdelingssykepleier og for koordinatorene dersom det kommer spørsmål angående leverandørbytte.</p>		<p>bemanning ut året for å avhjelpe administrativt pres jf samhandlingsreformen.</p>
<p><i><u>Merknad 2</u> Bydelens utfører/ privat leverandør av hjemmetjenester har ikke et tilstrekkelig system/praksis for hvordan brukervedvirkning skal dokumenteres.</i></p>	<p>Hjemmetjenestens førstegangsbesøk gjøres om til en oppfølgingssamtale. Møtet forskyves fra første uke til tredje uke etter at tjenesten er igangsatt når en har blitt litt kjent med brukeren. Dette for bedre å kunne ivareta brukervedvirkning ved å gjennomgå vedtaket, avklare forventninger og evaluere erfaringer. Behovsendringer i vedtaket meldes bestillerkontoret som fatter vedtaket. Denne ordninger har gitt positive erfaringer i 2 andre bydeler. Både for den som mottar tjenesten og for utøver.</p> <p>Det utarbeides en beskrivelse/prosedyre av hva som oppleves som en god kommunikasjon og et godt møte mellom bruker og ansatt. Og hva som skal til, for å få dette til. Leder har ansvar for jevnlig å gjennomgå denne med ansatte.</p> <p>Det er satt fokus på ordningen med brukerstyrt bemanning BOB. Dette vil styrke kvalitet på tjenesten og brukervedvirkning</p>		
<p><i><u>Merknad 3</u> Utførers praksis på området journalføring og dokumentasjon er noe mangelfull.</i></p>	<p>Dokumentasjon har stort fokus i tjenesten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det skal innføres tiltaksplaner fagsystemet Gericia for hver enkelt bruker. Det vil bidra til økt kvalitet på dokumentasjonen. En arbeidsgruppe utarbeider plan for hvordan tiltaksplaner skal innføres med frist 4. oktober</li> <li>• Tjenesteledere i hjemmetjenesten har deltatt på kurs om ”Helsepersonelloven med tilhørende forskrifter pålegger de som yter tjenester plikt til å dokumentere det som blir gjort.</li> <li>• Alle ansatte i hjemmesykepleien får i løpet av 2012 tilbud</li> </ul>		

	<p>fra høgskolen i Oslo en fagdag med tema: "Lovverk og dokumentasjon samt om demens (kommunikasjon og etikk).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Det er et eget kapittel i "utepermen" om rapportering og dokumentasjon</li><li>• Rapport og beskjedbok gjennomgås daglig for å sikre at viktig informasjon blir formidlet og fulgt opp</li><li>• Det tas ukentlig uttak av ukvitterte arbeidslister for å sikre at tjenesten er utført</li><li>• Tjenesteavtale mellom bestillerkontoret og hjemmetjenesten er oppdatert og gjort kjent for ansatte.</li></ul>		
--	---	--	--

## Avvik etter kvalitetsrevisjon Bestillerkontoret

Avvik	Status september 2012	Kvalitetsavvik i perioden 01.04 – 31.08.12 <sup>3</sup>	Oppfølging av avvik etter mars 2012										
<p><u>Avvik 1</u> <i>Bestillerkontorets rutiner sikrer ikke i tilstrekkelig grad forsvarlig saksbehandlingsprosess.</i></p>	<p>Avviket anses å være lukket gjennom at følgende prosedyrer/rutiner er gjennomgått, revidert og gjort kjent for de ansatte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• risikoanalyse ved utarbeidelse av rutiner og prosedyrer</li> <li>• avviksbehandling</li> <li>• rutine og retningslinjer for hvilke brukergrupper hvor det skal gjennomføres vurderingsbesøk før vedtak</li> <li>• saksbehandling praktisk bistand</li> <li>• saksbehandling dagsenter</li> <li>• saksbehandling korttidsopphold i sykehjem</li> <li>• saksbehandling BPA</li> </ul> <p>Det er innført kvalitetsutvalg med 4 faste møter per år, og kvalitetsgruppen ved bestillerkontoret har 6 faste møter per år.</p>	<p>2 avvik fordeler seg slik</p> <table border="0"> <tr> <td>Tjeneste/bruker</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Informasjon/kommunikasjon</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Saksbehandling</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Samhandling/samarbeid</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Tjenesteproduksjon</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> </table> <p>Summen avviker fra antall avvik fordi et avvik er registrert under en eller flere kategorier</p>	Tjeneste/bruker	2	Informasjon/kommunikasjon	1	Saksbehandling	1	Samhandling/samarbeid	1	Tjenesteproduksjon	1	<p>Midlertidig Økt bemanning med 2 årsverk ut 2012 for å ivareta behov for revurderinger av vedtak og for å møte samhandlingsreformen</p> <p>Etablert faste møtepunkter med fast agenda mellom bestillerkontoret og utførere.</p> <p>Deltagelse i flere kompetansehevende og kvalitetsutviklende eksterne prosjekter</p>
Tjeneste/bruker	2												
Informasjon/kommunikasjon	1												
Saksbehandling	1												
Samhandling/samarbeid	1												
Tjenesteproduksjon	1												
<p><u>Avvik 2</u> <i>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.</i></p>	<p>Avviket anses å være lukket gjennom at følgende prosedyrer/rutiner er gjennomgått, revidert og gjort kjent for de ansatte ved bestillerkontoret</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prosedyre for å sikre at brukere i hjemmetjenesten med behov for langvarige og koordinerte tjenester, blir identifisert, fanget opp og tilbudt Individuell plan.</li> <li>• Rutiner er evaluert, og det er etablert felles rutiner med hjemmetjenesten hvor det inngår sjekklister og kriterier for hvem som skal tilbys individuell plan.</li> <li>• Rutinen gjennomføres ved alle revurderinger og det skal dokumenteres at rutinen er fulgt.</li> </ul>												

<sup>3</sup> Der et for omfattende å gå inn i hvert enkelt avvik. Leder lukker avviket på riktig nivå. Det settes inn forbedringstiltak ut fra avvikets alvorlighetsgrad og fare for gjentagelse

<p><i>Avvik 3 Vedtak revurderes ikke systematisk.</i></p>	<p>Bestillerkontoret er per 15.09.2012 à jour med alle revurderinger. Målsetting var å være à jour per 31.12.2012.</p>		
<p><i>Merknad Bestillerkontoret har ikke tilstrekkelig system/praksis for hvordan brukermedvirkning skal dokumenteres.</i></p>	<p>Bydel Østensjø har tatt opp med Helseetaten ved Prosit om det er mulig å legge til et punkt om brukermedvirkning i standardteksten i Gericca under punktet om saksopplysninger. Det vil da sikre lik praksis i alle bydeler. Brukermedvirkningen synliggjøres i vedtaket, og bruker kan selv vurdere om brukermedvirkningen er ivaretatt.</p> <p>Bydelen har utarbeidet overordnet prosedyre for brukermedvirkning. Det er innarbeidet kontrollspørsmål i revurderingsjournal som ber om at det dokumenteres om innholdet i revurderingsjournalen er gjort kjent for bruker. Det skal dokumenteres om bruker er enig i innholdet i revurderingsjournalen eller ikke.</p>		