

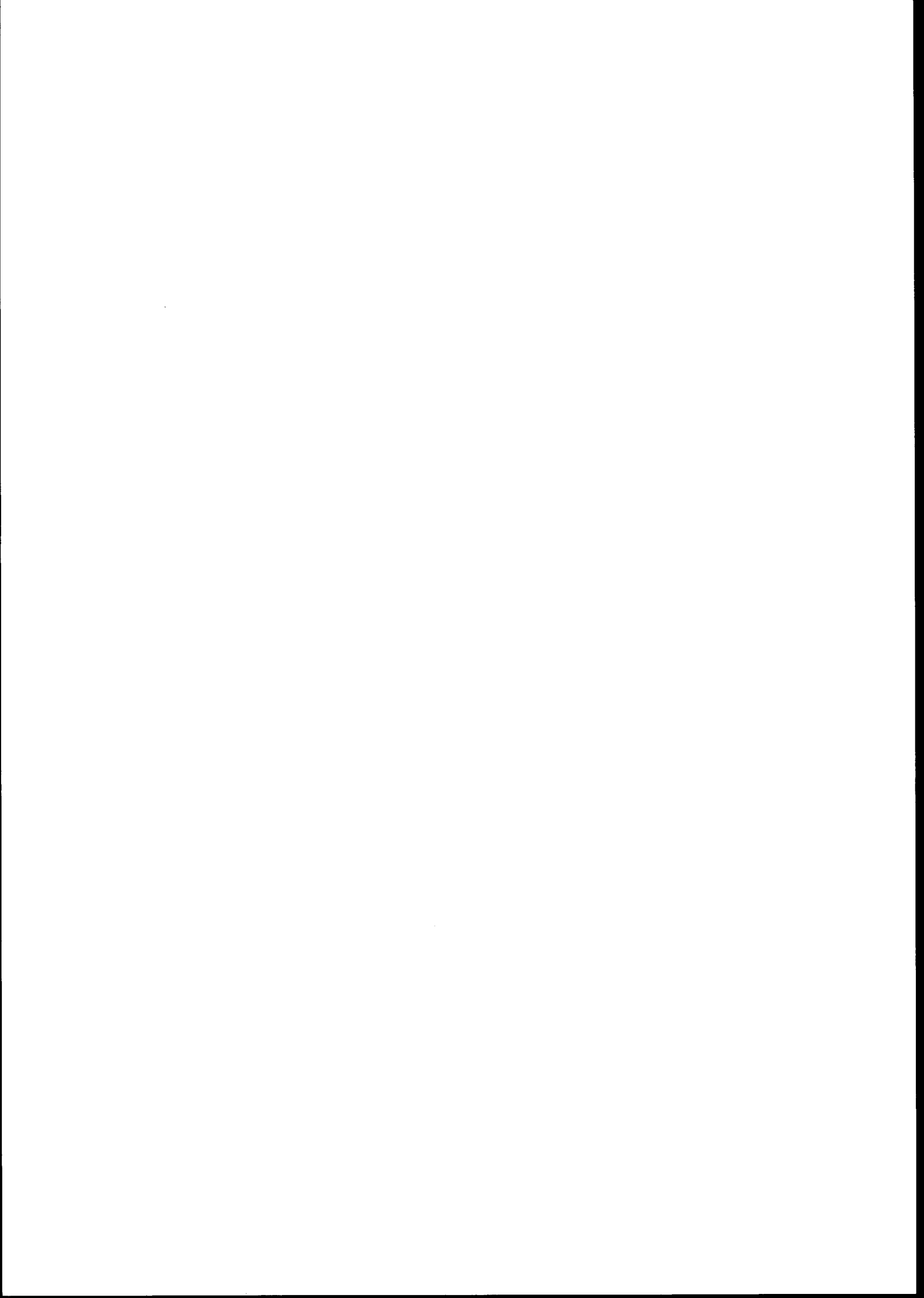


Oslo kommune  
Bydel Østensjø  
Bydelsadministrasjonen

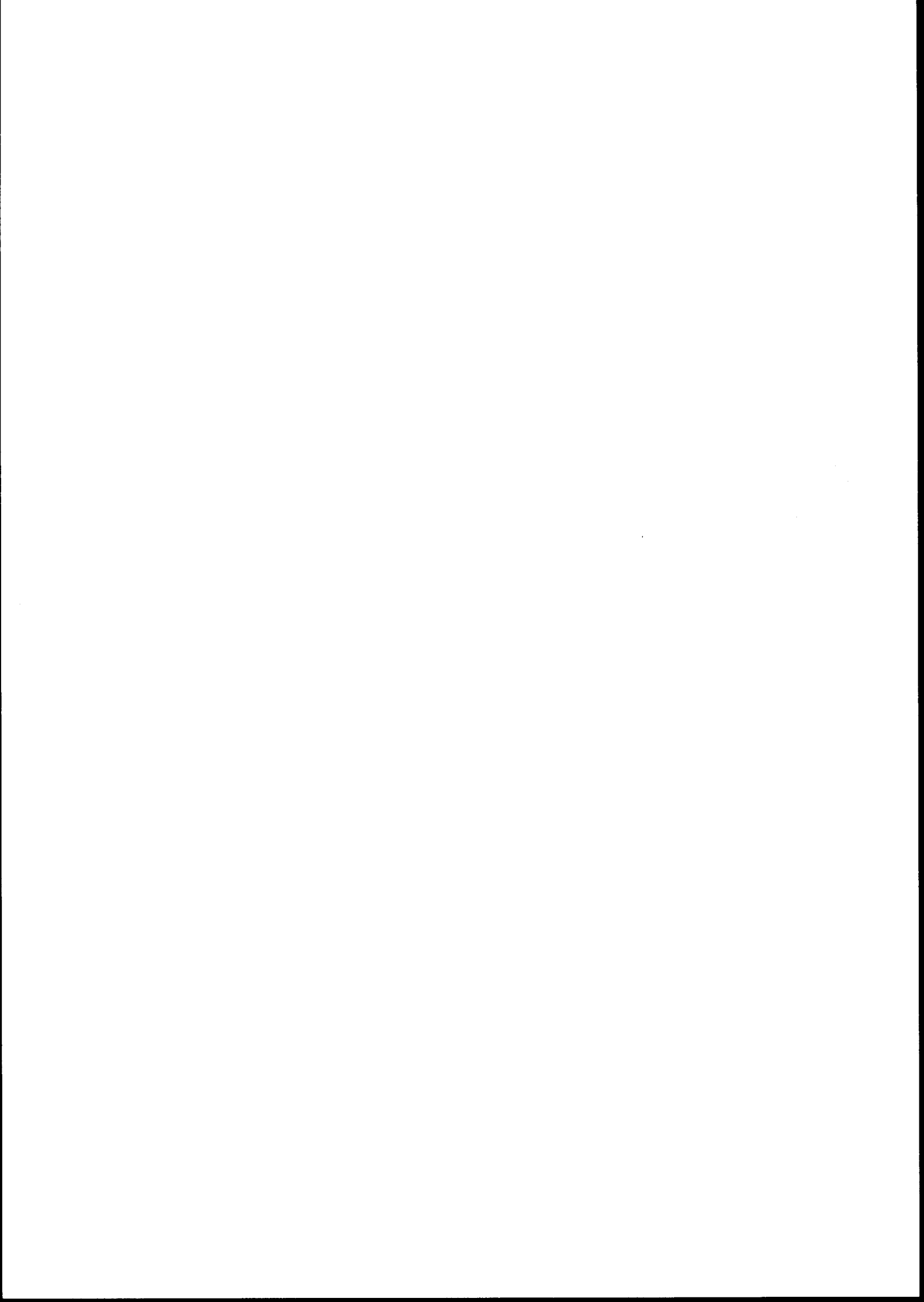
**Vedleggshefte**

**Møte:** Bydelsutvalget  
**Møtested:** Bølerlia 2  
**Møtetid:** torsdag 11. desember 2008 kl. 18.30  
**Sekretariat:** Therese Kloumann Lundstedt, tlf. 23 43 85 89

Saksnr	Sakstittel- Dokumentbeskrivelse	Dokumentnr
Sak 205 /08	Barnehager full behovsdekning, status november 2008	200400377-255
	o - Kart prosjekt barnehager 14112009	
Sak 207 /08	Familieveiviser - orientering	200700871-10
	- Tiltaksplan pr 01.09.2008	
Sak 208 /08	Landsomfattende tilsyn med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til barn i Bydel Østensjø. Plan for lukking av avvik.	200800253-8
	u - Rapport fra landsomfattende tilsyn med kommunale helse- sosial og barneverntjenester 2008	
	o - 20081027 Plan for lukking av avvik	
	o - Landsomfattende tilsyn med kommunale helse- sosial og barneverntjenester til barn i Bydel Østensjø. Plan for lukking av avvik.	
Sak 209 /08	Rapport fra anmeldt tilsyn ved Langerud sykehjem 25.08.2008	200800259-5
	u - Rapport fra anmeldt tilsyn ved Langerud sykehjem 25.08.2008	
	o - SYE - Rapport fra anmeldt tilsyn, Langerud sykehjem 25.08.2008	
Sak 210 /08	Rapport fra uanmeldt tilsyn ved Østensjø bo- og servicesenter 17.09.08	200800246-31
	u - SYE - Rapport fra uanmeldt tilsyn, Østensjø bo- og servicesenter 17.09.2008	
	o - Rapport fra uanmeldt tilsyn, Østensjø bo- og servicesenter 17.09.08	
Sak 211 /08	Rapport fra anmeldt tilsyn 26.06.2008 ved Kjernehuset dagsenter og uanmeldt tilsyn 15.10.2008	200800259-12
	o - Rapport fra uanmeldt tilsyn ved Kjernehuset 15.10.2008	
	o - Rapport fra møte i tilsynsutvalget – Kjernehuset 15.10.2008	



Sak 212 /08	Kulturutvalgets innspill til BU-sak 195/08 Erfaringer med kulturbydelsatsingen	200400622-53
	- Evaluering av kulturutvalget	



**Kart barnehageprosjekt  
Bydel Østensjø  
Pr. 14.11.2009**



Fuglemyra barnehage  
Oppsaltoppen

Hellerudveien 86-90

Haakon Tveters vei 65

Christinedal barnehage  
Harry Fettsvei

Manglebergveien 11

Tallberget barnehage  
Plogveien 24

Rogneskogen

Rønningjordet barnehage  
Rønningjordet paviljong  
Oppsalveien 30

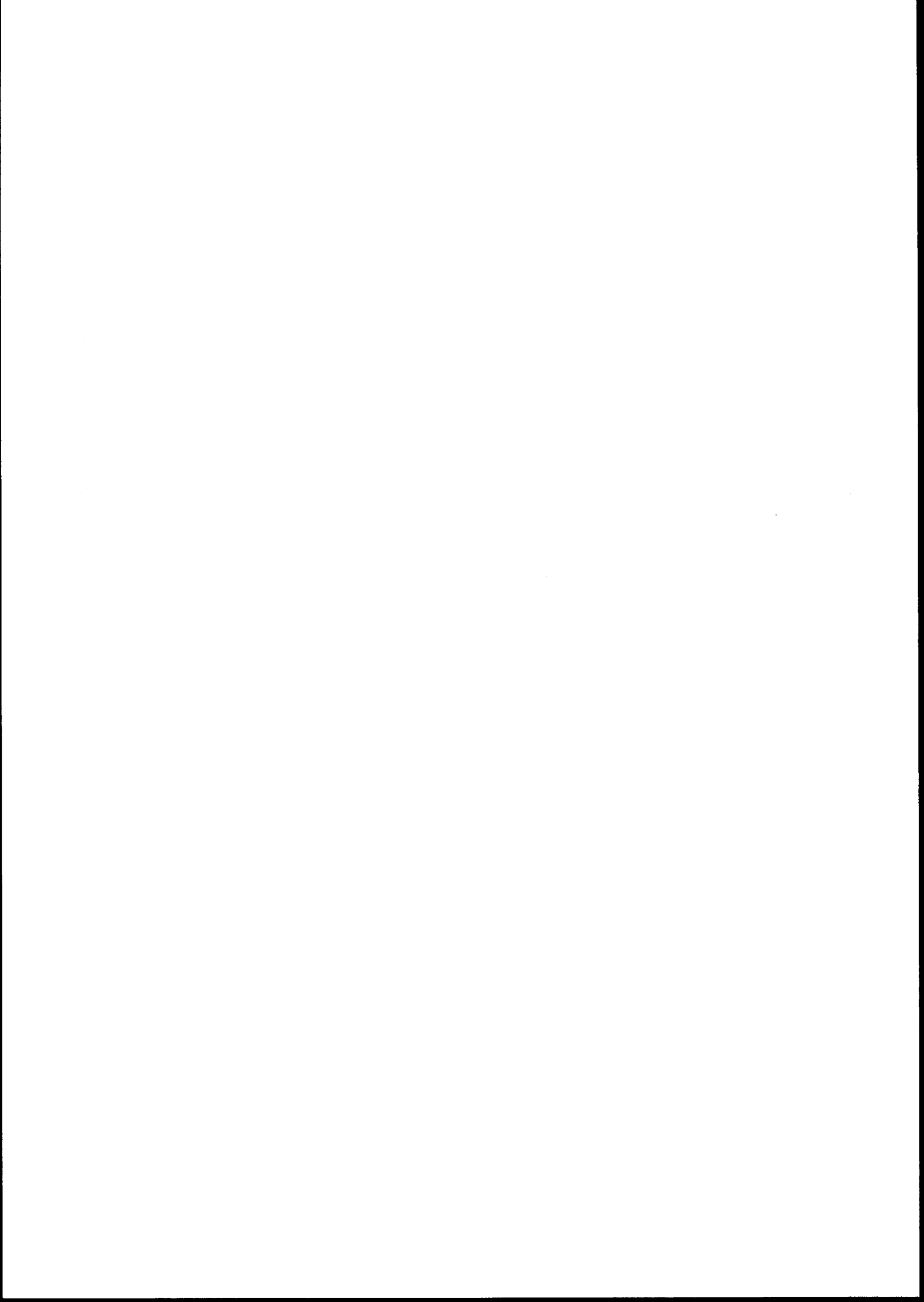
Haraløkka paviljong

Utmarkveien permanent

Skredderløkka barnehage  
Nøklevannsveien

Lopperud barnehage  
Lopperud paviljong  
Paal Bergsvei 165

SKULLERUD



## Mål 1: Barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier sikres fleksible og individuelt tilpassede tjenester.

Delmål	Tiltak	Kriterier for måloppnåelse	Tid	Ansvarlig	Evaluering
Familieene har i stor grad innflytelse på utforming av de tjenestene de mottar	Familien har innflytelse på valg av koordinator Brukere som har behov langvarig og koordinerte tjenester får informasjon om individuell plan De som har behov og ønsker det får utarbeidet individuell plan Familien får informasjon om gjeldende lover og forskrifter	Gjeldende prosedyrer for opprettelse av ansvarsgrupper og koordinators oppgaver er fulgt	Fortløpende	Tjenesteyter	Vår 2010
Familieene mottar helhetlige og koordinerte tjenester	Brukerundersøkelse blir gjennomført i løpet av prosjektperioden Det gjennomføres kick-off seminar for brukere og ansatte Det gjennomføres dialogkonferanse med brukerne	Det er gjennomført brukerundersøkelse, kick-off seminar og dialogkonferanse	2009	Prosjektgruppe Familieveiviser	

## Mål 2: Barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier har tilgang til informasjon om bydelens tjenestetilbud

Delmål	Tiltak	Kriterier for måloppnåelse	Tid	Ansvarelig	Evaluering
Familienbrukeren får avklart forventninger tidlig i prosessen	Forventninger søkes avklart i første møte med bydelen	Informasjonsmaterieill er utarbeidet og tilgjengelig for tjenestemottaker	Mai 2009	Prosjektgruppe Familieveiviser	Vår 2010
Braker får god tilpasset informasjon. Informasjon formidles på en hensiktsmessig måte til den enkelte bruker. Ulike kanaler benyttes og sensitiv informasjon sikres.	Informasjonsmaterieill blir utarbeidet Det blir utarbeidet enkel og korrifattet oversikt over bydelens tjenester Bydelens nettsider videreutvikles og oppdateres jevnlig  Det etableres felles mappe på intranett for tjenesteytere hvor relevant informasjon er tilgjengelig (prosedyrer, IP, lover, veiledere, kurs, annen informasjon )  Det innhentes samtykke for å bruke e-post som informasjonskanal mellom tjenesteyter og bruker	Bydelens nettside har oppdatert informasjon om bydelens tjenester  Informasjonsside/ mappe er opprettet og implementert i tjenesten  Foresatte har tatt stilling til bruk av e-post som informasjonskanal	2009	Prosjektgruppe Familieveiviser  Tjenesteyter/koordinator	Vår 2010



**Mål 3: Bydelen skal organisere tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne slik at familiene mottar et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.**

Delmål	Tiltak	Kriterier for måloppnåelse	Tid	Ansvarlig	Evaluering
Rutiner og prosedyrer for habilitering og psykisk helse er utarbeidet og implementert i tjenestene	<p>Registreringssystem som sikrer oversikt for bydelen over barn med nedsatt funksjonsevne, videreutvikles</p> <p>Det lages et meldeskjema som koordinatør i ansvarsgruppen oversender koordinatør habilitering og psykisk helse</p>	<p>Meldeskjema er utarbeidet og tatt i bruk</p>	Desember 2008	<p>Koordinator habilitering og psykisk helse</p> <p>Prosjektgruppe Familieveiviser</p>	Desember 2009
Overganger i barnets liv til nye arenaer/avdelinger/etater er godt ivaretatt	Det utvikles rutiner for overgang barnehage/skole/barneskole/ ungdomsskole/videregående og mellom spesialisthelsetjenesten og bydel	Rutiner for overganger er utarbeidet og tatt i bruk	2009	Prosjektgruppe Familieveiviser	Vår 2010
Prosjekt familieveiviser har etablert samarbeidsformer med ulike tjenester og etater	<p>Prosjekt familieveiviser i HEV, Bydel Bjerke og Ullevål sykehus samarbeider om felles mål og tiltak</p> <p>Det lages felles retningslinjer med BUP når det gjelder arbeid med individuell plan/ansvarsgrupper</p> <p>Nav Trygd inviteres til samarbeid i forlengelsen av kick off seminar og dialog konferanse</p> <p>Det gjennomføres møter med skolen med informasjon om bydelens tjenester og prosjekt familieveiviser og Prosjekt psykisk helse i oslo skolen</p>	<p>Det er utarbeidet samarbeidsavtaler med aktuelle samarbeidspartnere</p> <p>Skolen har informasjon om bydelens arbeid om habilitering og psykisk helse og aktuelle tjenestetilbud</p> <p>Skole og bydelen samarbeider i prosjekts psykisk helse i oslo skolen</p>	2009	Prosjektgruppe – familieveiviser	Vår 2010

## Bydel Østensjø

	Det gjennomføres kick-off seminar for brukere og ansatte/samarbeidspartnere Det gjennomføres dialogkonferanse med brukerne, ansatte og samarbeidspartnere	Det er gjennomført kick off seminar og dialogkonferanse			
Bydelen har gode arenaer for informasjon og dialog om habilitering og psykisk helse	Nettverk psykisk helse videreføres og videreutvikles. Nettverk habilitering etableres	Nettverksmøter er gjennomført som planlagt	2009	Prosjektgruppe, familieveiviser	Vår 2010

## Mål 4: Bydelen skal iverksette tiltak slik at tjenesteyterne har tilstrekkelig kompetanse til å yte et helhetlig og koordinert tjenestetilbud

Delmål	Tiltak	Kriterier for måloppnåelse	Tid	Ansvarlig	Evaluering
Kompetanseutviklingstiltak innen habilitering og psykisk helse er gjennomført som planlagt	<p>Det gjennomføres</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IP kurs</li> <li>- Koordinatorveiledningsgrupper</li> </ul> <p>Det etableres en fadderordning for hovedansvarlig tjenesteyter (koordinatorer)</p> <p>Det etableres koordinatormettverk, en arena for erfaringsutveksling og videreutvikling for koordinatorer</p>	Planlagte kompetanse utviklingstiltak er gjennomført	2008/2009 2010	Prosjektgruppe Familieveiviser	Vår 2010
Det er utarbeidet en felles mappe på intranett for tjenesteytere som gir oversikt over samarbeidsstrukturer/samarbeidsformer og ulike tiltak internt i bydel	<p>Det opprettes en felles mappe med relevant informasjon tilgjengelig for tjenesteytere (prosedyrer, IP, lover, veiledere, kurs, annen informasjon, f. eks "hva med oss...") på intranett</p>	Informasjonsside/mappe er opprettet og implementert i tjenesten	2009	Prosjektgruppe familieveiviser	Vår 2010

## Mål 5: Bydelens tilgjengelige ressurser utnyttes på beste måte

Delmål	Tiltak	Kriterier for måloppnåelse	Tid	Ansvarlig	Evaluering
Barn og unge med nedsatt funksjonsevne og psykiske vansker har gode aktivitetsmuligheter i eget nærmiljø	Barn og ungdom med nedsatt funksjonsevne og psykiske vansker/tildelser integreres i eksisterende fritidstiltak i bydelen  Det etableres kontakt mellom støttekontaktene for samarbeid om fritidstiltak  Det utvikles tiltak som kan inngå i lokale tiltakskjeder for brukerne	Ungdom med nedsatt funksjonsevne og psykiske vansker er integrert i bydelens eksisterende fritidstiltak  Støttekontakter samarbeid om fritids tiltak  Det er etablert lokale tiltakskjeder	2009	Prosjektgruppe Familieveiviser	Vår 2010
Kvalifiseringsarbeidet innen habilitering og psykisk helse bidrar til at fagfolk blir i stillingene sine	Spørreundersøkelse blant ansatte i barn og unge avdelingene	Ansatte opplever det som positivt iht. spørreundersøkelse, med økt fokus og kvalitet i arbeidet med habilitering og psykisk helse	2009	Prosjektgruppe Familieveiviser	Vår 2010
Koordinerende utvalg, fordeler, plasserer og sikrer saksbehandlingsansvar i komplekse saker	Det er etablert gode rutiner for ansvarsfordeling i komplekse saker	Rutiner for ansvarsfordeling i komplekse saker fungerer iht. intensjonen	2008	Prosjektgruppe Familieveiviser	Vår 2010

208/08



FYLKESMANNEN I OSLO OG AKERSHUS KOMMUNE  
Sosial- og familieavdelingen

BYDEL ØSTENSJØ	
5 SEPT 2008	
200800253-6	UG
AVD. SAKSBEH.:	AK 303

Oslo kommune, bydel Østensjø  
v/ bydelsdirektør Tove Stien  
PB 157 Manglerud  
0612 Oslo

Deres ref.:	Deres dato:	Vår ref.:	Saksbehandler:	Dato:
		2008/5954 S-SOS	Karianne Arnkværn	28.08.2008

**RAPPORT FRA LANDSOMFATTENDE TILSYN 2008 MED KOMMUNALE  
HELSE-, SOSIAL- OG BARNEVERNTJENESTER TIL BARN I BYDEL ØSTENSJØ,  
OSLO KOMMUNE**

Fylkemannen og Helsetilsynet i fylket viser til foreløpig rapport av 26.06.08. Bydelen har per telefon 28.08.08 fortalt at de ikke har kommentarer til den foreløpige rapporten.

Vedlagt oversendes endelig tilsynsrapport.

Det ble avdekket ett avvik i bydel Østensjø, se rapporten under pkt. 5.

Vi ber om at bydel Østensjø redegjør for hvordan det konstaterte avvik skal lukkes.

Plan for lukking av avvik skal minimum inneholde:

- Tidfestet plan for hvordan avviket skal lukkes
- Hvordan virksomhetens ledelse sikrer seg at endringer faktisk skjer

Vi ber om at planen oversendes hit innen 01.11.08.

Med hilsen

Gerd Reinsvollsvveen  
avdelingsdirektør

Petter Schou  
fylkeslege

Godkjent og ekspedert i papirform uten underskrift.

Kopi:

Statens Helsetilsyn  
Barne- og likestillingsdepartementet  
Oslo kommune, Byrådsavdelingen for Velferd og sosiale tjenester  
Postmottak@helsetilsynet.no



## **Fylkesmannen og Helsetilsynet i Oslo og Akershus**

### **Rapport fra tilsyn med barnevern-, helse- og sosialtjenester i Oslo kommune, bydel Østensjø**

**Kommunens/bydelens adresse:** PB 157 Manglerud, 0612 Oslo  
**Tidsrom for tilsynet:** 26.03.08 – 28.08.08  
**Kontaktperson i virksomheten:** Avdelingssjef Mary-Ann Gursli

#### **Sammendrag**

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Oslo og Akershus gjennomførte i perioden 26.03.08 - 28.08.08 tilsyn med kommunale barnevern-, helse- og sosialtjenester til barn i Oslo kommune, bydel Østensjø.

Tilsynet omfattet tjenester og tiltak til utsatte barn i skolepliktig alder og ved overgangen fra barn til voksen. Tilsynet undersøkte om de tre kommunale tjenestene ved behov samarbeider om å gi utsatte barn rette tiltak og tjenester til rett tid.

Tilsynet er en del av et landsomfattende tilsyn i 2008 initiert av Barne- og likestillingsdepartementet og Statens helsetilsyn.

Det ble avdekket ett avvik i bydel Østensjø.

Dato:

Karianne Arnkværn  
revisjonsleder

Heidi Fugli  
revisor

## **Innhold**

<b>Sammendrag .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Innledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Gjennomføring.....</b>	<b>4</b>
<b>4. Hva tilsynet omfattet .....</b>	<b>4</b>
<b>5. Funn.....</b>	<b>5</b>
<b>6. Vurdering av virksomhetens styringssystem .....</b>	<b>7</b>
<b>7. Regelverk .....</b>	<b>7</b>
<b>8. Dokumentunderlag.....</b>	<b>8</b>
<b>9. Deltakere ved tilsynet.....</b>	<b>9</b>

## 1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon i perioden 26.03.08 - 28.08.08 gjennomført av Fylkesmannen og Helsetilsynet i Oslo og Akershus. Tilsynet er en del av et landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale barnevern-, helse- og sosialtjenester til utsatte barn i skolepliktig alder og med overgangen av ansvaret for tjenester fra kommunalt barnevern til kommunal sosialtjeneste ved 18 eller 23 års alder.

Dette tilsynet omfatter både barneverntjenester etter barnevernloven og sosialtjenester etter sosialtjenesteloven som er underlagt tilsyn av Fylkesmannen samt helsetjenester etter helselovgivningen som er underlagt tilsyn av Helsetilsynet i fylket. Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket har oppnevnt et felles tilsynslag for å gjennomføre tilsynet. Foreliggende rapport er utarbeidet i felleskap, og oppfølging av eventuelle avvik vil bli koordinert av Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket.

Svikt oppstår ofte der flere tjenester og lovverk har tilgrensende eller overlappende formål og oppgaver. Barne- og likestillingsdepartementet og Statens helsetilsyn har tilsynserfaring som tilsier at oppmerksomhet må rettes mot tjenester til de brukere som har behov for samordnet e tjenester. De barna som har behov for tjenester fra barnevern, helsetjenester og/eller sosialtjenester er sårbare og barna kan få sin situasjon betydelig forverret hvis kommunene ikke klarer å møte behovene og rettighetene deres på en helhetlig måte.

Formålet med en systemrevisjon er å vurdere om virksomheten, gjennom sin internkontroll, ivaretar ulike krav i lovgivningen. Revisjonen omfatter undersøkelse om:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
- tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
- tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser.

Rapporten omhandler eventuelle avvik og merknader som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift
- **Merknad** er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring

## 2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

Per 01.01.07 var det ca 44 000 innbyggere i bydel Østensjø hvorav ca 22 % var barn fra 0-17 år. Bydelen har fire fagavdelinger med hver sin avdelingssjef som er direkte underlagt bydelsdirektøren. Barneverntjenesten og skolehelsetjenesten ligger i avdeling Oppvekst og fritid. Sosialtjenesten ligger i avdeling Voksne og familier. Det er ingen egen enhet for psykisk helse. Både barneverntjenesten og sosialtjenesten er organisert med en bestillerenhet og en utfører enhet.



### **3. Gjennomføring**

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

**Revisjonsvarsel** ble utsendt 26.03.08. Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

**Formøte** ble avholdt 08.05.08.

**Åpningsmøte** ble avholdt 03.06.08.

**Intervjuer:** 16 personer ble intervjuet.

Oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

**Sluttmøte** ble avholdt 13.06.08.

### **4. Hva tilsynet omfattet**

Tilsynet omfattet undersøkelse av om kommunens helse- sosial og barneverntjenester, som har kontakt med utsatte barn og unge i skolepliktig alder, sikrer at de får nødvendig og rett hjelp til rett tid og på en samordnet måte. Tilsynet omfattet også undersøkelse av om barnevern- og sosialtjenesten samarbeider om tilrettelegging av overgangen mellom de to tjenestene ved 18 – 23 år. Dette ble gjort ved å undersøke om det fra kommunenes side legges til rette for at tjenestene gir nødvendig hjelp etter lovgivningen, og om kommunen sikrer dette ved oppfølging og kontroll av om kommunens praksis er i samsvar med dens plikter.

Tilsynet undersøkte nærmere om tjenestene og utøverne hadde tilstrekkelig kunnskap om hverandres oppgaver, rammer og tjenestetilbud slik at de ved behov samarbeider om å fange opp og utrede de utsatte barna.

Videre omfattet tilsynet undersøkelse av om tjenestene i tilstrekkelig grad bruker og informerer hverandre og samarbeider når det er behov for det. Som en del av dette ble det undersøkt om det fantes rutiner for samarbeid, faste møtetidspunkt, klar og kjent oppgavefordeling og lignende. Det ble undersøkt om det gjennomføres medisinske undersøkelser ved behov, og om sosialtjenesten vurderer behov for kontakt med barnevernet i saker der sosialtjenestene yter stønad eller bistand til familier.

Det ble videre undersøkt om de tre kommunale tjenestene ivaretar individuell planlegging ved utarbeidelse av henholdsvis tiltaksplaner etter barnevernloven og individuelle planer etter helse- og sosiallovgivningen. Tilsynet undersøkte også om de tre tjenestene ved behov samarbeider om tilrettelegging og gjennomføring individuelle planer og tiltaksplaner.

Tilsynet omfattet om de samlede tjenestene og tiltakene til det enkelte barn blir kontinuerlig evaluert. Det ble undersøkt nærmere om evalueringene omfatter om barn og foreldre medvirker ved evalueringer av tjenester og tiltak, om man møtes som avtalt, om de ressurser som er besluttet brukt faktisk settes inn, om det er klart hvem som har påtatt seg ansvar for hvilke oppgaver, konsekvenser av omorganiseringer og oppgaveendringer og om man har nådd de mål som var utgangspunktet for samarbeidet.

Tilsynet undersøkte videre om kommunene i god tid forbereder, og ved behov gjennomfører, overgang fra barnevern til sosialtjeneste ved 18 – 23 års alder sammen med den aktuelle ungdommen

Tilsynet undersøkte om og på hvilken måte kommunens ledelse følger med på at tjenestene samarbeider om utsatte barn og overgangen mellom barnevern og sosialtjeneste. Det ble for eksempel undersøkt om kommunen overvåker at vedtatte tiltak, prosedyrer og oppgavefordeling er gjennomført i praksis, om tjenestene har så god kjennskap til hverandre at de bruker hverandre ved behov, om det er vurdert hvilke områder i samarbeidet som er sårbare for svikt, og om de overvåker om tjenestene fungerer som forutsatt og at tiltaksplaner og individuelle planer evalueres. Det ble også sett på om kommunen har oversikt over klager på de tre tjenestene og anvender disse til forbedring av tjenestene.

Tilsynet undersøkte om kommunen har lagt til rette, ved ansettelser, kartlegging av ansattes kompetanse, opplæringstiltak og lignende, for at ansatte i de tre tjenestene har tilstrekkelig kompetanse til å kunne samarbeide ved behov. Det ble også undersøkt om det er tilrettelagt for bruk av kvalifiserte tolker når det er nødvendig.

Tilsynet undersøkte om kommunen har dokumentasjonssystemer som ivaretar behovet for informasjon om tjenester og tiltak som grunnlag for samarbeid mellom tjenestene.

## **5. Funn**

Det ble avdekket ett avvik.

### **Avvik:**

Bydel Østensjø har ikke systemer som sikrer tilstrekkelig samarbeid mellom skolehelsetjenesten, sosialtjenesten og barneverntjenesten.

### **Avvik fra følgende lovbestemmelser:**

Barneverntjenesteloven (bvl.) §§ 3-1, 3-2, 2. ledd, 4-3 og 4-5

Sosialtjenesteloven (sotjl.) §§ 3-2, 4-1 og 8-8a

Kommunehelsetjenesteloven (khl.) § 1-4, 2. ledd

Helsepersonelloven (hlspl.) § 33, 1. ledd

Forskrift om kommunenes helsefremmende og

forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-1, 3. ledd

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4

Forskrift om internkontroll for kommunens oppgaver etter lov om barneverntjenester § 4

### **Revisjonsbevis:**

- Det fremkom gjennom intervjuer at det ikke var systematisk opplæring til de ansatte i barneverntjenesten og skolehelsetjenesten om hvilke oppgaver og roller de andre tjenestene i bydelen har.
- Det fremgikk av intervjuene at det ikke ble gitt spesifikk opplæring i barneverntjenesten knyttet til taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett og informert samtykke. Opplæringsplanen inneholdt ikke nevnte temaer.

- Bydelens prosedyre for tilbakemelding til melder i kvalitetshåndboken kap 7, samsvarer ikke med punktet om tilbakemelding til melder i samarbeidsavtalen mellom sosialtjenesten og barneverntjenesten. I prosedyren står det ”dersom det vurderes som hensiktsmessig å informere om barneverntjenestens vurdering, sendes en tilbakemelding til melder.”
- Det fremkom gjennom intervjuer at offentlig melder skal få tilbakemelding ved melding til barnevernet. Ved gjennomgang av saksmappene til barnevernet lå det kopi av tilbakemelding i en av de elleve sakene.
- Ved dokumentgjennomgang fremgikk det at barneverntjenesten ikke utarbeidet tiltaksplaner samtidig med at vedtak om hjelpetiltak ble fattet. I flere av sakene ble tiltaksplanene utarbeidet lang tid etter vedtaksdato.
- I mange av de gjennomgåtte sakene var det ikke dokumentert at evaluering av tiltakene var gjennomført. Noen av tiltaksplanene var gamle og skulle vært evaluert for inntil 2 år tilbake. Det ble bekreftet i intervjuer at evaluering av tiltaksplanene ikke alltid ble foretatt i henhold til fastsatt frist.
- Bydelen har faste tverretatlige møter der blant annet barneverntjenesten og skolehelsetjenesten er representert. Det fremkom gjennom intervjuer at møtene i liten grad ble brukt til å diskutere enkeltsaker.
- Det forelå ikke en samarbeidsavtale mellom barneverntjenesten og skolehelsetjenesten.
- Det fremgikk av intervjuer og dokumentasjon at det ikke var rutine for samarbeid mellom skolehelsetjenesten og fastlegene i forhold til henvisning til spesialisthelsetjenesten.
- Ved intervjuer fremkom at bydelen ikke systematisk kaller inn fastleger som ikke møter i allmennlegeutvalget, i henhold til rammeavtalen inngått mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske legeförening (ASA 43-4310).
- Det fremkom av intervjuer og gjennomgang av saksmapper at ansatte i helsetjenesten og sosialtjenesten var tilbakeholdne med å henvende seg/ melde til barnevernet til tross for alvorlig bekymring. Bakgrunnen ble oppgitt å være erfaring med at barneverntjenesten ikke fulgte opp henvendelsene.
- Verken i sakene fra sosialtjenesten eller fra skolehelsetjenesten forelå det individuelle planer. Det var heller ikke dokumentasjon som viste om det var vurdert behov for individuell plan.
- Det fremkom av intervjuer at det ikke er gitt opplæring til ansatte i sosialtjenesten om tjenestens klargjøringsansvar. Det var ikke prosedyrer knyttet til dette ansvaret.
- Ved dokumentgjennomgang og intervjuer fremkom det at bydelen ikke hadde et skriftlig overordnet internkontrollsystem slik at aktiviteter organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial-, barnevern- og helselovgivningen.

Det fremkom under intervjuer at det på overordnet nivå ikke er foretatt risiko- og sårbarhetsvurderinger knyttet til samarbeid internt i bydelen.

Det fremkom under intervjuer at det ikke er innført systemer for å avdekke svikt når det gjelder samarbeid.

Ved intervjuer fremkom det at bydelen ikke systematisk evaluerte samarbeidet mellom tjenestene.

- Barneverntjenesten hadde påbegynt arbeidet med en kvalitets- og internkontrollhåndbok. Dette arbeidet var ikke ferdig og prosedyrene var ikke implementert.

På sosialtjenesteområdet forelå samarbeidsavtale med barneverntjenesten og prosedyrer. Men det ble ikke fremlagt et internkontrollsystem for tjenesten.

Fra skolehelsetjenesten ble det fremlagt internkontrollpermer med prosedyrer som var utdaterte. Ved intervjuer fremkom det at tjenestens gjeldende prosedyrer var lagt på intranett. Dette systemet var under utarbeidelse og hadde ikke prosedyre som omhandlet samarbeid.

## **6. Vurdering av virksomhetens styringssystem**

Kravet til internkontroll innebærer at bydelens ledelse har ansvar for å sikre etterlevelse av sosial-, helse- og barnevernlovgivningen gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid.

Tilsynsmyndighetene vurderer at bydelens styringssystem er mangelfullt. Tilsynsmyndighetene vil særlig bemerke at det ikke er foretatt risiko- og sårbarhetsvurderinger på det reviderte området. Manglende risiko og sårbarhetsvurderinger medfører at det er vanskelig å få oversikt over hvor det er fare for svikt. Bydelen har heller ikke et skriftlig overordnet system for internkontroll.

Internkontrollsystemene for tjenestestedene var ulike og av varierende kvalitet. Ingen av kvalitetshåndbøkene var fullstendige, oppdaterte og implementerte. Funnene viser blant annet at tjenestestedene i liten grad har systemer for å avdekke svikt, fange opp sårbare områder, rapportere dette videre og evaluere. Det kan medføre at reell praksis ikke er i samsvar med planlagt praksis.

Tilsynsmyndighetene er imidlertid kjent med at bydelen har inngått avtale om kjøp av kvalitetslosen og arbeidet med å tilpasse og implementere dette systemet vil starte høsten 2008.

## **7. Regelverk**

- lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 nr. 100 (bvl.)
- lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr. 66 (khl.)
- lov om sosiale tjenester mv av 13. desember 1991 nr. 81 (sotjl.)

- forskrift om internkontroll for kommunens oppgaver etter lov om barneverntjenester av 14. desember 2005 nr. 1584
- forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002 nr. 1731
- forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende virksomhet i helsestasjon og skolehelsetjenesten av 3. april 2003 nr 450 (forskrift om helsestasjon og skolehelsetj.)
- forskrift av 23. desember 2004 nr 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven
- lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr 63 (pasientrettighetsloven - pasrl.)
- lov om helsepersonell mv av 2. juli 1999 nr 64 (helsepersonelloven – hlspl.)
- lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 nr 15 (tilsynsloven)
- forskrift om fastlegeordningen i kommunene av 14. april 2000 nr. 328.
- forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 nr. 1385
- lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker av 2. oktober 1967 (forvaltningsloven)
- lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. september 1992 nr 107 (kommuneloven – koml.)
- lov om arbeids- og velferdsforvaltningen av 16. juni 2006 nr 20

## 8. Dokumentunderlag

Virksomhetens egen dokumentasjon knyttet til den daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av revisjonen:

- Overordnet organisasjonskart
- Delegasjonsfullmakter og oversikt over vedtaksmyndigheten.
- Oversikt over ansatte i sosialtjenesten, barneverntjenesten og skolehelsetjenesten samt ansatte ved Eplehagen familiesenter
- Brev til fastlegene i bydelen om opprettelse av samarbeidsutvalg.
- Årsmelding 2007
- Status for oppfølging av budsjettbehandlingen 2007 per august 2007
- Budsjett 2008
- Årsplan 2008
- Handlingsplan psykisk helsearbeid 2004 – 2008
- Ruspolitisk handlingsplan 2007/2008
- Samarbeidsavtale mellom sosialtjenesten og barneverntjenesten
- Beskrivelse av faste tverrfaglige møter for samarbeid i enkeltsaker og generelle saker
- Samarbeidsprosedyre for arbeid med ungdom 18-23 år
- Oversikt over samarbeidssystem for Østensjø barneverntjeneste
- Prosedyre for opprettelse av ansvarsgruppe og koordinators rolle samt retningslinjer, informasjon om og mal for individuelle plan
- Samtykkeerklæring
- Kartleggingsverktøy for rusmiddelavhengige, Europ ASI
- Kartleggingsverktøy for skolehelsetjenesten
- Beskrivelse av prosjekt Familieveiviser i bydel Østensjø
- Serviceerklæring fra sosialtjenesten
- Brukerundersøkelse fra sosialtjenesten 2006
- Kompetanseutviklingsplan for bydel Østensjø 2008
- Årshjul for avdelingene
- Avviksskjema

- Prosjektrapport for EXIT (prosjekt som skal videreutvikle tiltak for ungdom mellom 18 og 23 år som er i risikozonen for en videre ruskarriere)

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- Kvalitetshåndbok fra sosialtjenesten
- Mal for melding til barneverntjenesten fra offentlig instans
- Skolehelsetjenesten: 11 saker
- Sosialtjenesten: 10 saker
- Barneverntjenesten: 17 saker

## 9. Deltakere ved tilsynet

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på åpningsmøte og sluttmøte, og over hvilke personer som ble intervjuet.

Navn	Funksjon / stilling	Åpningsmøte	Intervju	Sluttmøte
Trine H Skråmm	Psykiatrisk sykepleier	X	X	
Kjetil Ødegaard	Sosialsjef	X	X	
Gro Anita Carlsen	Barnevernkonsulent	X	X	
Tove Stien	Bydelsdirektør	X	X	X
Roy Frantzen	Sosialkonsulent	X	X	
Mary Ann Gursli	Avdelingssjef	X	X	X
Wenche Helgheim	Foreldreveileder		X	X
Nina Sandberg	Helsesøster		X	X
Ellen Margrethe Carlsen	Veiledende helsesøster		X	X
Torunn Nyrnes	Spesial konsulent			X
Kari Bjørnebo	Bydelsoverlege		X	X
Kari Knutsen	Tiltakskonsulent		X	X
Elsa Nordbø	Sosialkonsulent		X	
Kate Korseth	Teamleder barneverntjenesten		X	
Guri Østhassel	Helsesøster		X	
Connie Nerheim	Barnevernkonsulent		X	
Mari Nysæther	Fung leder tiltakssenteret		X	

### Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Heidi Fugli, revisor/sykepleier  
 Inger Tofthagen, revisor/sosionom  
 Jeanette Kleven, observatør/sosionom  
 Karianne Arnkværn, revisjonsleder/jurist



Oslo kommune  
Bydel Østsjø  
Bydelsadministrasjonen

# Landsomfattende tilsyn med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til barn i Bydel Østsjø, juni 2008.

## Plan for lukking av avvik

Bydel Østsjø,  
30.10.2008

208/08 -

## Innledning

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Oslo og Akershus gjennomførte våren 2008 - tilsyn med kommunale barnevern-, helse- og sosialtjenester til barn i Oslo kommune, Bydel Østensjø.

Tilsynet omfattet tjenester og tiltak til utsatte barn i skolepliktig alder og ved overgangen fra barn til voksen. Tilsynet undersøkte om de tre kommunale tjenestene ved behov samarbeider om å gi utsatte barn rette tiltak og tjenester til rett tid.

Det ble avdekket ett avvik i Bydel Østensjø. Avviket er begrunnet med 15 revisjonsbevis.

### Plan for hvordan avviket skal lukkes.

I planen er det beskrevet hvilke tiltak som igransettes, hvordan det dokumenteres at tiltakene blir utført, ansvarsfordeling og tidsfrist. Til slutt beskrives hvordan bydelens ledelse sikrer seg at endringer faktisk skjer.

## Avvik

Bydel Østensjø har ikke systemer som sikrer tilstrekkelig samarbeid mellom skolehelsejenseten, sosialtjenesten og barneverntjenesten.

### Revisjonsbevis 1

Det fremkom gjennom intervjuer at det ikke var systematisk opplæring til de ansatte i barneverntjenesten og skolehelsejenseten om hvilke oppgaver og roller de andre tjenestene i bydelen har.

Tiltak	Dokumentasjon	Ansvar	Frist
Det utarbeides samarbeidsavtaler mellom tjenestene, jf. pkt 8.	Samarbeidsavtaler.	Leder, barnevernkontor.	31. 12. 2008.
De tjenestespesifikke opplærings-/introduksjonsprogrammene for nyansatte suppleres med: <ul style="list-style-type: none"><li>Gjennomgang av samarbeidssystemet og samarbeidsavtalene – hvem det samarbeides med og hvilke ruiner som gjelder mellom tjenestene</li><li>Gjennomgang av informasjon om bydelens tjenester som ligger på bydelens intra/internettisider.</li></ul>	På sjekkliste for gjennomgått introduksjonsprogram utkvitteres det at opplæringen er gjennomgått.	Ledere skolehelsejenseten og barneverntjenesten	31.12.2008, deretter ved nyansettelser
Samarbeidssystemet, samarbeidsavtalene og informasjon om bydelens tjenester på bydelens intra/internettisider gjennomgås med alle ansatte.	Møtereferat med deltakerliste.	Ledere skolehelsejenseten og barneverntjenesten.	31.12.2008.
De tjenestespesifikke opplærings-/introduksjonsprogrammene legges ut på bydelens intranett.	Introduksjons-/opplæringsprogrammet for nyansatte finnes på bydelens intranett	Ledere skolehelsejenseten og barneverntjenesten	31.12.2008.



## Revisjonsbevis 2

Det fremgikk av intervjuene at det ikke ble gitt spesifikk opplæring i barneverntjenesten knyttet til taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett og informert samtykke. Opplæringsplanen inneholdt ikke nevnte temaer.

Tiltak	Dokumentasjon	Ansvar	Frist
I opplærings-/introduksjonsprogrammene for nyansatte legges det inn egne punkter vedr. taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett og informert samtykke.	På sjekkliste for gjennomgått introduksjonsprogram utkvitteres det at opplæringen er gjennomgått.	Ledere barneverntjenesten	Ved nyansettelse 31.12.2008
Alle nyansatte underskriver taushetserklæring.	Underskrevet taushetserklæring.	Ledere barneverntjenesten	Ved nyansettelse 31.12.2008
Samarbeidsavtalene inneholder eget kapittel som gjelder taushetspliktbestemmelsene.	Samarbeidsavtaler er inngått / underskrevet.	Ledere barneverntjenesten	
Taushetspliktbestemmelsene gjennomgås med alle ansatte når samarbeidsavtalene presenteres/gjennomgås.	Møtereferat med deltakerliste.		

## Revisjonsbevis 3

Bydelens prosedyre for tilbakemelding til melder i kvalitetshåndboken kap 7, samsvarer ikke med punktet om tilbakemelding til melder i samarbeidsavtalen mellom sosialtjenesten og barneverntjenesten. I prosedyren står det "dersom det vurderes som hensiktsmessig å informere om barneverntjenestens vurdering, sendes en tilbakemelding til melder."

Tiltak	Dokumentasjon	Ansvar	Frist
Det er innført rutine på at alle offentlige meldere skal få tilbakemelding om at melding er mottatt, og hvordan meldinger behandles i hht lovkrav.	Ny rutine foreligger	Leder, barnevernkontor	Utført
Det er innført rutine på at det i undersøkelsessaker vil ble avklart med partene om barneverntjenesten skal gi ytterligere tilbakemelding til involverte instanser om utfallet av undersøkelsessaken.	Ny rutine foreligger, prosedyren samsvarer med ny rutine.	Leder, barnevernkontor	Utført

#### Revisjonsbevis 4

Det fremkom gjennom intervjuer at offentlig melder skal få tilbakemelding ved melding til barnevernet. Ved gjennomgang av saksmappe til barnevernet lå det kopi av tilbakemelding i en av de elleve sakene.

Tiltak	Dokumentasjon	Ansvar	Frist
Det er innført rutine på at alle offentlige meldere skal få tilbakemelding om at melding er mottatt, og hvordan meldinger behandles i hht lovkrav.	Ny rutine foreligger	Leder, barnevernkontor	Utført
Det er innført rutine på at det i undersøkelsessaker vil bli avklart med partene om barnevernjenesten skal gi ytterligere tilbakemelding til involverte instanser om utfallet av undersøkelsessaken.	Ny rutine foreligger Det ligger kopi av tilbakemelding til melder i saksmappe i "nye" saker.	Leder, barnevernkontor Leder, barnevernkontor	Utført Utført

#### Revisjonsbevis 5

Ved dokumentgjennomgang fremgikk det at barnevernjenesten ikke utarbeidet tiltaksplaner samtidig med at vedtak om hjelpetiltak ble fattet. I flere av sakene ble tiltaksplanene utarbeidet lang tid etter vedtaksdato.

Tiltak	Dokumentasjon	Ansvar	Frist
Barnevernjenesten har innført ny rutine: <ul style="list-style-type: none"><li>nye vedtak godkjennes ikke uten tiltaksplan</li></ul>	Ny rutine foreligger, alle nye vedtak har tiltaksplaner	Leder, barnevernkontor	Utført
Alle "gamle" saker uten gyldige tiltaksplaner gjennomgås og tiltaksplaner utarbeides.	Plan for gjennomgang av "gamle" saker er utarbeidet. Alle saker har tiltaksplaner.		20.10.2008 31.12.2008

#### Revisjonsbevis 6

I mange av de gjennomgatte sakene var det ikke dokumentert at evaluering av tiltakene var gjennomført. Noen av tiltaksplanene var gamle og skulle vært evaluert for inntil 2 år tilbake. Det ble bekræftet i intervjuer at evaluering av tiltaksplanene ikke alltid ble foretatt i henhold til fastsatt frist.

Tiltak	Dokumentasjon	Ansvar	Frist
Barnevernjenesten har innført ny rutine (jf. pkt.5): <ul style="list-style-type: none"><li>nye vedtak godkjennes ikke uten tiltaksplan</li></ul> Rutinen sikrer at tiltaksplaner evalueres innenfor tidsfrist/ ved endring.	Ny rutine foreligger.	Leder, barnevernkontor	31.12.2008

### Revisjonsbevis 7

Bydelen har faste tverretatlige møter der blant annet barneverntjenesten og skolehelsestjenesten er representert. Det fremkom gjennom intervjuer at møtene i liten grad ble brukt til å diskutere enkeltsaker.

<b>Tiltak</b>	<b>Dokumentasjon</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Frist</b>
Tverrfaglig samarbeidssystem er revidert mht samarbeid i enkeltsaker. Samarbeidet skal skje iht samarbeidsavtaler mellom barnevern og aktuelle samarbeidsinstanser, ev iht samarbeidsavtale mellom spesialisthelsestjenesten og bydel/ bydelens tjenester.	Beskrivelse av tverrfaglig samarbeidssystem, med revidert beskrivelse av samarbeid i enkeltsaker/ kontrollsystem.	Avdelingssjef barn og kultur	Utført
Det utarbeides kontrollsystem for å sikre at samarbeid i enkeltsaker skjer slik det er forutsatt i samarbeidsavtalene.		Avdelingssjef barn og kultur	31.12.2008

### Revisjonsbevis 8

Det forelå ikke en samarbeidsavtale mellom barneverntjenesten og skolehelsestjenesten.

<b>Tiltak</b>	<b>Dokumentasjon</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Frist</b>
Arbeidet med samarbeidsavtaler mellom tjenestene slutføres. Skolehelsestjenesten vil bli omfattet av barneverntjenestens samarbeidsavtaler.	Samarbeidsavtalene foreligger.	Leder, barnevernkontor	31.12.2008

### Revisjonsbevis 9

Det fremgikk av intervjuer og dokumentasjon at det ikke var rutine for samarbeid mellom skolehelsestjenesten og fastlegene i forhold til henvisning til spesialisthelsestjenesten.

<b>Tiltak</b>	<b>Dokumentasjon</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Frist</b>
Skolehelsestjenesten, i samarbeid med fastlegene, utarbeider rutine for samarbeid mellom skolehelsestjenesten og fastlegene i forhold til henvisning til spesialisthelsestjenesten.	Rutine for samarbeid foreligger. Rutinene er gjennomgått i fastlegenes allmennevalg og behandlet i samarbeidsutvalget(SU).	Leder skolehelsestjenesten Bydelsoverlegen	31.12.2008

### Revisjonsbevis 10

Ved intervjuer fremkom at bydelen ikke systematisk kaller inn fastleger som ikke møter i allmennegeutvalget, i henhold til rammeavtalen inngått mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske legeforening (ASA 43-4310).

Tiltak	Dokumentasjon	Ansvar	Frist
Bydelsadministrasjonen vil, i samarbeid med allmennegeutvalgets leder, lage forslag til rutiner for innkalling av fastleger som ikke møter i allmennegeutvalget. Forslaget behandles i samarbeidsutvalget (SU).	Rutiner for innkalling foreligger.	Bydelssoverlegen	31.12.2008

### Revisjonsbevis 11

Det fremkom av intervjuer og gjennomgang av saksmapper at ansatte i helsetjenesten og sosialtjenesten var tilbakeholdne med å henvende seg/ melde til barnevernet til tross for alvorlig bekymring. Bakgrunnen ble oppgitt å være erfaring med at barneverntjenesten ikke fulgte opp henvendelsene.

Tiltak	Dokumentasjon	Ansvar	Frist
Det utarbeides samarbeidsavtaler mellom tjenestene, jf. pkt 8. Samarbeidsavtalene inneholder prosedyrer for melding til barneverntjenesten Det er innført rutine på at alle offentlige meldere skal få tilbakemelding om at melding er mottatt, og hvordan meldinger behandles i hht lovkrav, jf. pkt 4. Meldepiktsbestemmelsene gjennomgås med ansatte i helsetjenesten og sosialtjenesten.	Samarbeidsavtalene foreligger. Møtereferat med deltakerliste.	Ledere barnevernkontor, leder forbyggende helse barn og unge og leder sosialtjenesten Ledere forbyggende helse barn og unge og sosialtjenesten	31.12.2008 31.12.2008

### Revisjonsbevis 12

Verken i sakene fra sosialtjenesten eller fra skolehelsetjenesten forelå det individuelle planer. Det var heller ikke dokumentasjon som viste om det var vurdert behov for individuell plan.

Tiltak	Dokumentasjon	Ansvar	Frist
Bydelens rutinene for arbeid med individuelle planer (IP) tilsier at alle aktuelle brukere årlig skal spørres om de vil ha IP. Leder har en årlig gjennomgang av alle saker med særlig fokus på individuelle planer Gjeldende rutiner gjennomgås med alle ansatte.	Rutinen legges inn i avdelingens årshjul med tidsangivelse for gjennomføring. Det er dokumentert i alle saksmapper at alle aktuelle brukere årlig er forespurt om de vil ha IP. Møtereferat med deltakerliste.	Ledere skolehelsetjenesten og sosialtjenesten	31.01.2008, deretter årlig 31.12.2008

### Revisjonsbevis 13

Det fremkom av intervjuer at det ikke er gitt opplæring til ansatte i sosialtjenesten om tjenestens klargjøringsansvar. Det var ikke prosedyrer knyttet til dette ansvaret.

Tiltak	Dokumentasjon	Ansvar	Frist
Sosialtjenesten legger klargjøringsansvar inn i rutinen for opplæring av nyansatte.	Endret rutine er implementert i opplærings-/introduksjonsprogrammet for nyansatte.	Leder, sosialtjenesten	31.12.2008
Rutineendringen gjennomgås med alle ansatte.	Møtereferat med deltakerliste.		31.12.2008

### Revisjonsbevis 14

Ved dokumentgjennomgang og intervjuer fremkom det at bydelen ikke hadde et skriftlig overordnet internkontrollsystem slik at aktiviteter organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial-, barnevern- og helselovgivningen.

Det fremkom under intervjuer at det på overordnet nivå ikke er foretatt risiko- og sårbarhetsvurderinger knyttet til samarbeid internt i bydelen. Det fremkom under intervjuer at det ikke er innført systemer for å avdekke svikt når det gjelder samarbeid. Ved intervjuer fremkom det at bydelen ikke systematisk evaluerte samarbeidet mellom tjenestene.

Tiltak	Dokumentasjon	Ansvar	Frist
Bydelen er i ferd med å foreta anskaffelse av elektronisk internkontrollsystem. Tilbudspørsmål sendes ut medio november 2008. Kontraktsinngåelse er forventet sluttflørt innen 01.02.2009.	Framdriftsplan for anskaffelse av elektronisk internkontrollsystem Kontrakt	Avdelingssjef plan og økonomi	31.10.2008
Risiko- og sårbarhetsvurderinger knyttet til samarbeid internt i bydelen vil bli foretatt i forbindelse med innføring av system for å avdekke svikt i samarbeidet, ref. revidert beskrivelse av tverrfaglig samarbeidssystem, se pkt 7.	Kontrollsystem	Avdelingssjef barn og kultur	31.01.2009 31.12.2008

### Revisjonsbevis 15

Barneverntjenesten hadde påbegynt arbeidet med en kvalitets- og internkontrollhåndbok. Dette arbeidet var ikke ferdig og prosedyrene var ikke implementert. På sosialtjenesteområdet forelå samarbeidsavtale med barneverntjenesten og prosedyrer. Men det ble ikke fremlagt et internkontrollsystem for tjenesten. Fra skolehelsejensjeren ble det fremlagt internkontrollpermer med prosedyrer som var utdaterte. Ved intervjuer fremkom det at tjenestens gjeldende prosedyrer var lagt på intranett. Dette systemet var under utarbeidelse og hadde ikke prosedyre som omhandlet samarbeid.

Tiltak	Dokumentasjon	Ansvar	Frist
Arbeidet med internkontrollsystem for de ulike tjenestene i bydelen blir videreført i forbindelse med innføring av elektronisk internkontrollsystem.	Plan for implementering av elektronisk internkontrollsystem.	Respektive avdelingssjefer	30.06.2009

**Oppfølging av planen fra bydelens ledelse, for å sikre seg at endringer faktisk skjer:**

- Seminar for alle ansatte innenfor de aktuelle tjenestoområdene 16.12.2008.
- Rapportering i bydelens lederteam desember 2008, januar 2009, februar 2009 og juni 2009.
- Sak til bydelsutvalget med plan for lukking av avvik, desember 2008, samt når det bekreftes at avviket er lukket.



Oslo kommune  
Bydel Østensjø  
Bydelsadministrasjonen

Fylkesmannen i Oslo og Akershus  
Postboks 8111 Dep  
0032 OSLO

Dato: 30.10.2008

Deres ref:  
2008/5954

Vår ref (saksnr):  
200800253-7

Saksbeh:  
Torunn Nyrnes, tlf. 23438561

Arkivkode:  
303

**LANDSOMFATTENDE TILSYN MED KOMMUNALE HELSE- SOSIAL OG  
BARNEVERNTJENESTER TIL BARN I BYDEL ØSTENSJØ.  
PLAN FOR LUKKING AV AVVIK.**

Det vises til *Rapport fra landsomfattende tilsyn med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til barn i Bydel Østensjø, Oslo kommune, datert 28.08.2008.*

Tilsynet avdekket ett avvik i Bydel Østensjø. Avviket er begrunnet med 15 revisjonsbevis. Bydelen er bedt om å redegjøre for hvordan det konstaterte avviket skal lukkes ved å oversende plan for lukking av avvik innen 01.11.2008.

Vedlagt følger en slik plan.

I planen er det beskrevet hvilke tiltak som igangsettes, hvordan det dokumenteres at tiltakene blir utført, ansvarsfordeling og tidsfrist, samt beskrivelse av hvordan bydelens ledelse sikrer seg at endringer faktisk skjer.

Med hilsen

Tove Stien  
bydelsdirektør

Mary Ann Gursli  
avdelingssjef

Vedlegg: 1

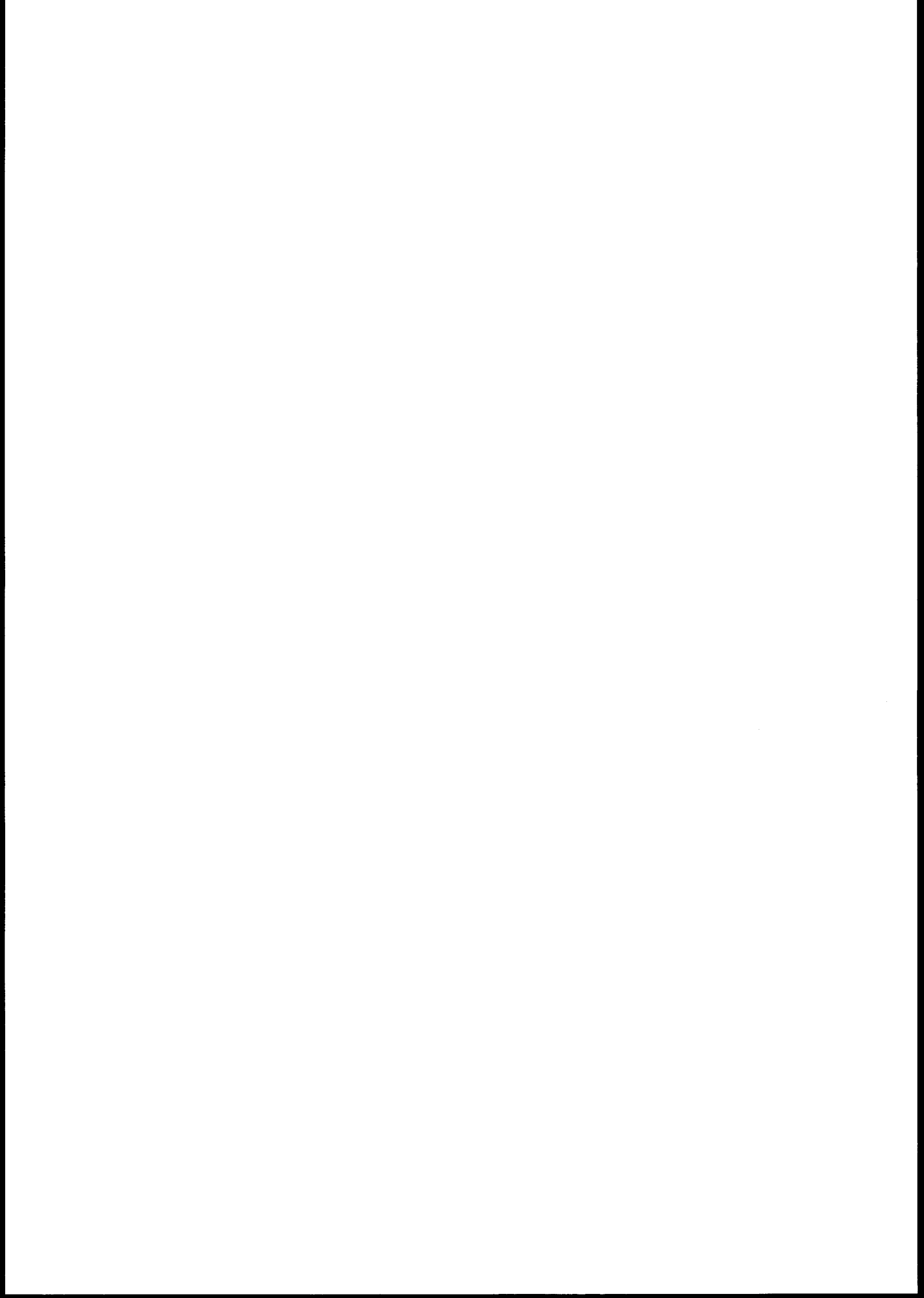


Bydel Østensjø  
Bydelsadministrasjonen

Postadresse:  
Postboks 157, Manglerud  
Ryensvingen 1  
0612 Oslo

Telefon: 02 180  
Telefax: 23 43 85 01

Bankgiro: 60040612087  
Org. nr.: 974778807







Oslo kommune  
Sykehjemsetaten  
Administrasjonen

Bydel Østensjø  
Bydelsadministrasjonen

209/08

OSLO KOMMUNE	
BYDEL ØSTENSJØ	
15 OKT 2008	
200800259-7	
AVD.	240.4
SAR	

Deres ref:

Vår ref (saksnr):

Saksbeh:

Dato: 09.10.2008

200800169-3

Ann-Lisbeth Rasmussen, 23 43 30 10

ann.lisbeth.rasmussen@sy.e.oslo.kommune.no

Arkivkode:

204

### LANGERUD SYKEHJEM -RAPPORT FRA ANMELDT TILSYN 25.08.2008

Sykehjemsetaten har mottatt rapport fra anmeldt tilsyn på Langerud sykehjem 25.08.2008. Sykehjemsetaten beklager sen tilbakemelding på rapporten.

Tilsynsutvalget gjennomførte tilsynet i form av samtale med representanter for institusjonen. Det ble ikke foretatt besøk i avdelingen. Tilsynsutvalget kommentarer til driften av institusjonen trenger, etter Sykehjemsetaten oppfatning, ingen spesiell oppfølging. Rapporten tas til orientering.

Med hilsen

Bente Riis  
konst. etatsdirektør

Anne Berger Sørli  
Områdedirektør

Kopi til: Langerud sykehjem v/institusjonssjef

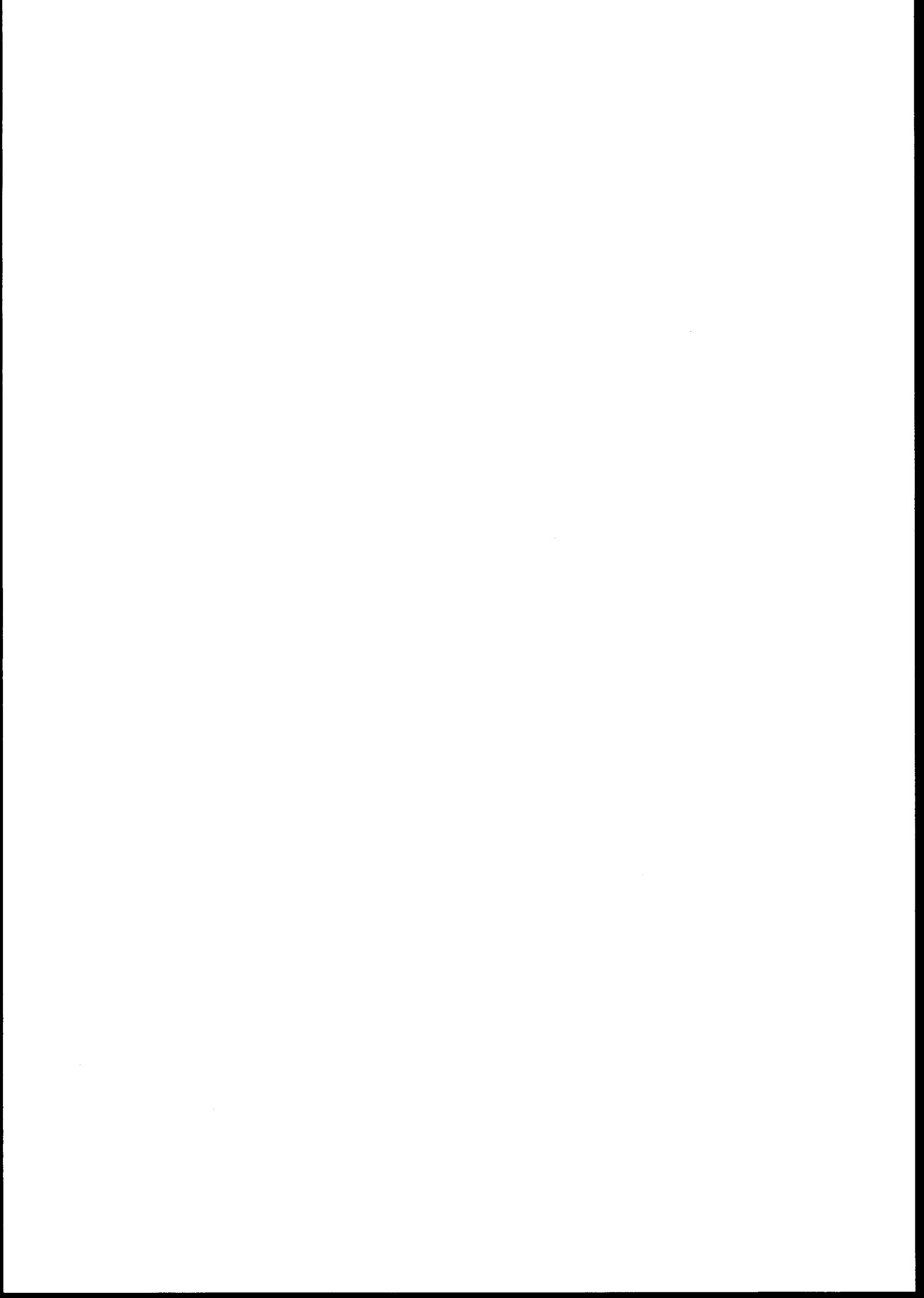


Sykehjemsetaten

Postadresse:  
Postboks 435, Sentrum  
0103 Oslo

Besøksadresse:      Telefon: 02 180  
Nedre Slottsgt. 3      Telefaks: 23 43 30 09  
E-post: postmottak@sy.e.oslo.kommune.no

Organisasjonsnr.  
990 612 498



209/08

OSLO KOMMUNE	
BYDEL ØSTENSJØ	
1 SEPT 2008	
300800259-4	TUC
AVD. SAKSBEH.:	AK 940.4

BYDEL ØSTENSJØ

## TILSYNSUTVALG I

### RAPPORT FRA MØTE I TILSYNSUTVALGET – Anmeldt møte.

**Institusjon:** Langerud sykehjem  
**Møtedato:** Mandag 25. august 2008  
**Tid:** Kl. 15.00 – 17.00

**Til stede fra tilsynsutvalget:** Kari Paulsrud, leder  
Elsa Halvorsen  
Dag Omholt  
**Til stede fra institusjonen:** Institusjonsleder Bente S. Sæve  
Avdelingssykepleier Karen Mortensen  
Verneombud Else Maj Bach

Sykehjemmet har vært gjennom et omfattende ombyggings- og rehabiliteringsprosjekt. Siden dette er første tilsynsbesøk etter nyåpningen, ble det foretatt tilsyn i form av samtale med representantene for institusjonen, samt en kort befarings.

#### *a. Institusjonens omfang og oppgaver*

Institusjonen omfatter:

- i 5. og 6. etasje: somatisk avdeling for langtidsopphold, hver med 36 enerom
  - i 4. etasje: også 36 enerom, hvorav 16 somatiske plasser og 20 for korttidsopphold
  - i 3. etasje: 18 enerom for skjermet avdeling for definerte aldersdemente og 16 enerom for trygghetsavdeling for korttidsopphold for eldre som opplever en vanskelig hjemmesituasjon. Trygghetsavdelingen er en av fire slike avdelinger i hele Oslo i en ordning som administreres av Tåsen sykehjem.
  - i 2. etasje er det 18 enerom for somatisk langtidsopphold
- Med tillegg av ett isolatrom i 3. etasje blir dette til sammen 161 senger.

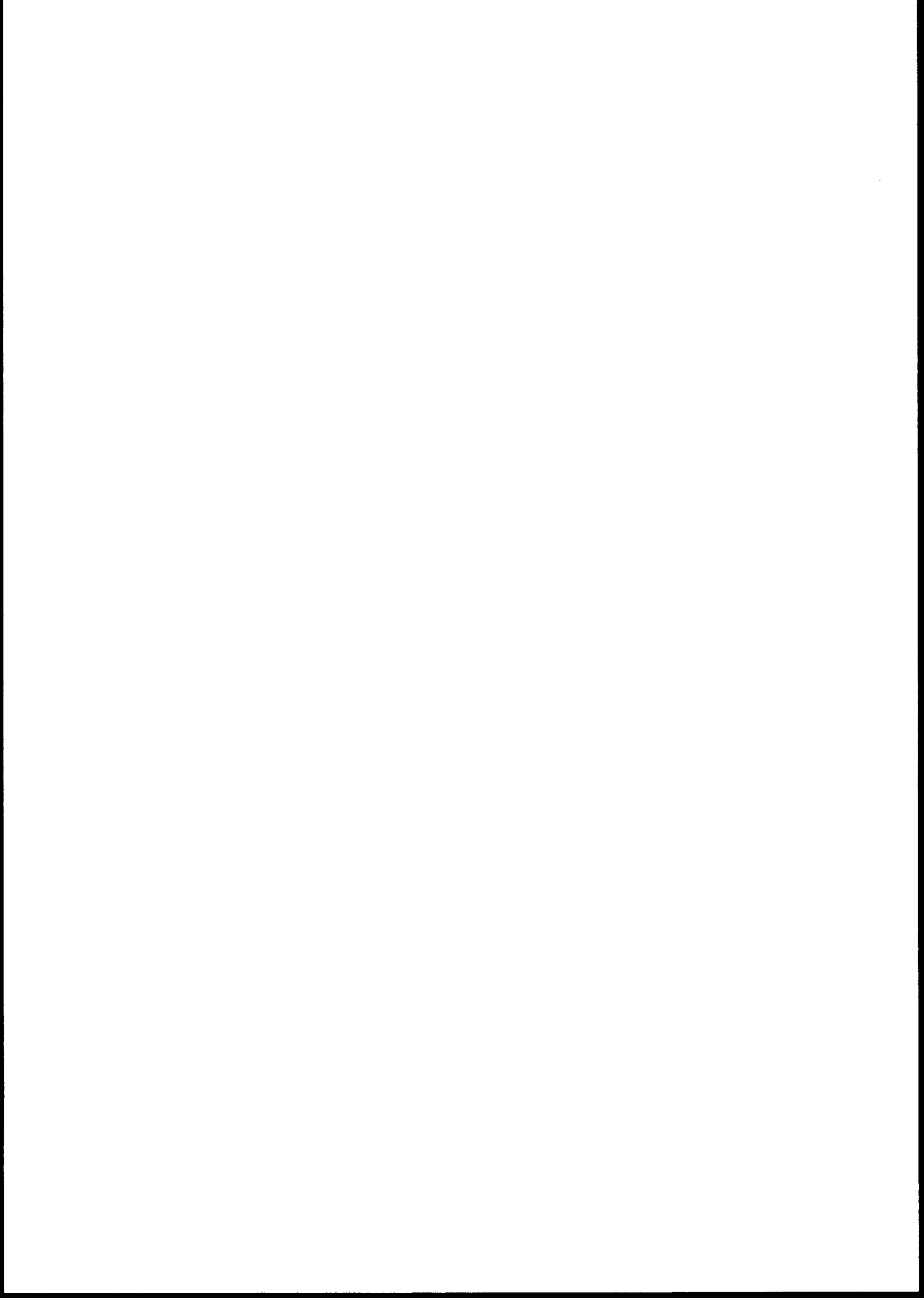
I 1. etasje er det resepsjon, administrasjon, dagsenter med bl.a. trimrom. Der er det plass til 50, men Østensjø bydel har foreløpig belagt bare 15 plasser. Der er også 6 rehabiliteringsplasser for dagbesøk. Videre er det lokaler for en rekke servicefunksjoner som lege, tannlege, frisør, fotpleie og aromaterapi. Der ligger også mottakskjøkkenet som mottar varm mat fra Rikshospitalet to ganger i uken, og bearbeider maten og sender den opp til kjøkkene på de enkelte avdelinger. Mat til frokost og aftens lages på kjøkkenet. Pasientene er godt fornøyd med maten.

Hver avdeling er delt inn i 2 poster, som hver har eget oppholdsrom/spisestue. Alle rom har eget bad med toalett og dusj. Langtidspasienter kan ta med seg private gjenstander og egne møbler

#### *b. Bemanning*

Avdelingene ledes av hver sin avdelingssykepleier. Utenom sykepleiere og annet pleiepersonale i turnus har sykehuset 2,75 årsverk fysioterapeuter, 1,2 ergoterapeuter, 4 årsverk aktivitetører. Til faglig arbeid i administrasjonen er det 1,5 fagkonsulenter. Sykehjemmet har 2 leger, en i 60 % stilling og en i 80 % stilling. For tiden er den ene ubesatt.

Det er stor utskifting av sykepleiere i høst, men sykehuset håper å ha alle stillinger besatt med det første. Sykefraværet var i juni 9,4 %, mot tidligere 14. %:



Det er til stadighet tiltak for videreutdanning og spesialisering for pleiepersonalet. Voksenopplæringen på Skullerud skal stå for norskkurs for personale som ikke har norsk som morsmål.

*c. Sosiale tiltak, aktiviteter og kulturtilbud*

Sykehjemmet arrangerer jevnlig ulike kulturelle og sosiale aktiviteter i gangsatt av aktivitetene. Det er fortsatt godt samarbeid med Lions og Sanitetsforeningen.

Det holdes jevnlig morgensamling med avislesning og samtale, mens de som ikke kan delta i fellesarrangement får besøk på rommet. Det er tilsatt sykehusprest i bistilling med fast avtaletid.

*d. Forholdet til de pårørende*

De pårørende har ikke dannet noen forening. Sykehjemmet tar initiativ til 2 – 3 fellesmøter i året. Ellers holdes det avdelingsvise møter for pårørende.

*e. Forvaltning av beboernes midler*

Dette foregår i henhold til fastsatte regler og revisjonen har sagt seg fornøyd med dette arbeidet.

*f. Oppslag om tilsynsutvalget*

Det er satt opp oppslag på informasjonsstolper ved heisen i hver etasje om hvem som er med i det nye tilsynsutvalget og hvordan vi kan kontaktes.

*g. Besøk i avdelingene*

Tilsynsutvalget foretok ikke besøk i avdelingene ved dette første møte, men hadde en kort omvisning i enkelte etasjer.

Oslo, 25. august 2008

Kari Paulsrud

Elsa Halvorsen

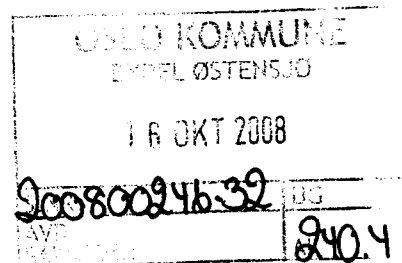
Dag Omholt





Oslo kommune  
Sykehjemsetaten  
Administrasjonen

Bydel Østensjø  
Bydelsadministrasjonen



Deres ref:

Vår ref (saksnr):

Saksbeh:

Dato: 13.10.2008

Arkivkode:

200800418-12

Ann-Lisbeth Rasmussen, 23 43 30 10

ann.lisbeth.rasmussen@sye.oslo.kommune.no 204

**ØSTENSJØ BO- OG SERVICESENTER-RAPPORT FRA UANMELDT TILSYN  
17.09.2008**

Sykehjemsetaten har mottatt rapport fra uanmeldt tilsyn ved Østensjø bo- og servicesenter 17.09.2008.

Rapporten tas til orientert med følgende kommentarer:

Stillingen som fysioterapeut ble i 2007 utvidet fra 2 dager i uken til 3 dager.

Østensjø bo- og servicesenter har systematisk opplæring for nyansatte.

Introduksjonsprogrammet gjennomgås og det krysses av for gjennomført opplæring.

Introduksjonsprogrammet er under kontinuerlig evaluering og endres dersom dette viser seg nødvendig.

Institusjonen fikk ved ombyggingen egen vinterhage med takvindu. Det er ikke planlagt solavskjerming på takvinduet. Tilgjengeligheten til uteområdet i tilknytning til vinterhagen er blitt forbedret.

Tilsynsutvalget bemerker at gardiner ikke er på plass i stuen. Gardinoppheget er blitt festet og gardinene vil være på plass i løpet av kort tid.

Oppvarmingssystemet i stuen er bedret ved at panelovner er satt opp. Pristilbud på montering av peis er innhentet og monteringen av peis vil skje når kontrakten er underskrevet.

Varmeovner er satt opp i garderobe for ansatte og varme på toalettene er under vurdering av Omsorgsbygg. Dette samme gjelder montering av vifte eller luftrensere i røykerommet.

Automatisk varsling til brannvesenet er utbedret. Institusjonen har egen brannperm og loggbok i tilknytning til branntavle men mangler håndbok/bruksanvisning for branntavlen. Dette følges opp av administrasjonen ved Østensjø bo- og servicesenter. Fra Sykehjemsetatens side er dette et hastetiltak som vil ha høy prioritet.

Tilsynsutvalget etterspør innkjøp av microbølgeovn og brødrister samt montering av skinner til oppheng av bilder. Dette følges opp av administrasjonen ved Østensjø bo- og rehabiliteringssenter.



Sykehjemsetaten

Postadresse:  
Postboks 435, Sentrum  
0103 Oslo

Besøksadresse: Telefon: 02 180  
Nedre Slottsgt. 3 Telefaks: 23 43 30 09  
E-post: postmottak@sye.oslo.kommune.no

Organisasjonsnr.  
990 612 498

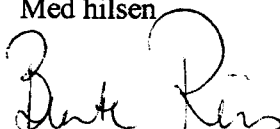
Sykehjemsetaten har tidligere mottatt klage på støy fra naboer vedr. takheis. Bydelsoverlegen i bydelen har vært koblet inn. Løsningen ble at skinnene i taket ble senket for å unngå støy. Det vil ikke være aktuelt å heve skinnene igjen. Administrasjonen ved sykehjemmene kontakter produsenten av heisene for å kunne bestille kortere seil til heisen eller vurderer bruk av manuelle heiser der dette er nødvendig.


Tilsynsutvalget ber om tilbakemelding hva som gjøres for å få bedre varme på badene. Sykehjemsetaten har fått tilbakemelding om at gulvvarmen nå er justert på alle rom.

Ved rehabilitering av Østensjø bo- og servicesenter ble det montert Bano-system for alle vasker. Det innebærer at vasker kan heves og skyves sidelengs. Dette er tilsvarende system som er montert ved Langerud sykehjem.

I forbindelse med ombyggingen ble det vannlekkasje på taket. Taket er nå utbedret. Lekkasje førte til at vann rant ned langs veggene og påførte skader på veggplater. Entreprenøren er kjent med dette. Noe er allerede utbedret og det er bestilt nye plater som skal skiftes der det har vært fukt/vann.

Med hilsen

  
Bente Riis  
konst. etatsdirektør

  
Anne Berger Sørli  
områdedirektør

**Kopi til:** Østensjø bo- og servicesenter v/institusjonssjef



26 SEPT 2008

200800246-27	UG
AVD.	240.4
SAKSBEH.:	

BYDEL ØSTENSJØ

## TILSYNSUTVALG II

RAPPORT FRA MØTE I TILSYNSUTVALGET UANMELDT MØTE**Institusjon:** Østensjø bo-og servicesenter **Møtedato:** Onsdag 17.9.2008 **Tid:** kl.17.00-18.30**Til stede fra tilsynsutvalget:**

Knut Elgsaas, leder  
Inger Haagaas  
Torleif Werenskiold for Edna Thomassen

**Til stede fra institusjonen:**

Irene Wæhle, ansvarlig sykepleier

**Forfall:**

Edna Thomassen

**1. Samtale med fysioterapeut**

Utvalget hadde først en samtale med fysioterapeuten. Han arbeider to dager i uken, mandag og torsdag, som fysioterapeut og en dag, onsdag, som ergoterapeut. Han var en "handyman" som også reparerte rullestoler slik at det stort sett ikke ble behov for å sende dem ut av huset til reparasjon. Han hadde arbeidet som vikar siden februar og var godt fornøyd med arbeidsforholdene på senteret.

**2. Samtale med ansvarlig sykepleier***a. Beboerne*

Det var 16 beboere på senteret nå. 12 av beboerne har MS. En plass deles av to beboere som er 3 uker hver på senteret, en av disse har MS. De øvrige beboere har ulike andre nevrologiske sykdommer.

Wæhle var svært fornøyd med arbeidet til fysio/ergoterapeuten. Hun mente det var behov for enda mer fysioterapi p.g.a. de problemer sykdommen forårsaker med spasmer og kontrakturer. Det er ingen av de nåværende beboerne som har behov for lungefysioterapi.

*b. Personalet*

Bemanningen på dag, kveld- og nattskift er som tidligere.

Det er flere ansatte, leger og sykepleiere, som må ta språkkurs før de får autorisasjon. Wæhle mente at også burde være pliktig språkkurs for ansatte fra utlandet som ikke har behov for autorisasjon.

Hun nevnte at nyansatte burde gjennom en mer systematisk opplæring de første 14 dagene, der de arbeidet under rettleiding fra erfarne ansatte og der det ble krysset av på et skjema om hvilke arbeidsoppgaver de hadde utført. Etter gjennomført "jobbtrening" burde de få et kursbevis.

Wæhle kjente til at en slik ordning ble praktisert flere steder med godt resultat.

**Merknad:**

Er et slik mer systematisk opplegg for jobbtrening noe å vurdere i Oslo kommune?

### c. Bygningmessige forhold

#### - Vinterhagen

Det er et lyst og trivelig rom og et godt tilbud til beboerne.

Men den kunne ikke brukes i den varmeste tiden i sommer da den mangler solavskjerming i taket.

#### - Stuen

Stuen innenfor vinterhagen også blitt trivelig oppholdsrom.

Men det mangler gardiner som kan trekkes for mot vinterhagen. Gardinene forefinnes, men gardinopphengget falt ned rett etter innvielsen. Det skyldtes at det ikke var feste for skruene til opphenget. Når det er mørkt ute og lyst i stuen kan forbipasserende se rett inn i stuen. Det er ikke ønskelig.

#### - Varme i stuen

Wæhle opplyste at systemet for oppvarming i stuen ennå ikke fungerte tilfredsstillende. Jfr. rapport 6.5.08, pkt. 8.

#### - Varme på toaletter og garderobe

Varmeovner mangler på toalett og garderobe.

#### - Vifte eller luftrenser på røykerommet

Det er ikke installert vifte eller luftrenser på røykerommet.

Det førte til at brannalarmen ble utløst flere ganger. Nå kan bare en beboer av gangen være på røykerommet.

#### **Merknad:**

Utvalget ber om å få opplyst når solavskjerming i taket i vinterhagen blir montert, og når gardiner i stuen blir hengt opp.

Utvalget ber om kommentarer til problemene med oppvarmingssystemet i stuen.

Når vil varmeovner bli installert i toalett og garderobe?

Når vil vifte eller luftrenser bli installert i røykerommet.

### **3. Brannvarsling og brannalarm**

#### a. Varsling av Brannvesenet

Wæhle opplyste at senteret før ombyggingen hadde et alarmsystem tilknyttet Brannvesenet. Gikk alarmen ble Brannvesenet varslet automatisk.

Når alarmen nå går internt, undersøker de ansatte årsaken. Er det brann varsles selvfølgelig Brannvesenet pr. telefon. Er det ikke brann, må de ansatte likevel kontakte Brannvesenet for at det skal avstille alarmen.

Dette betyr at Brannvesenet uansett må komme til senteret etter at alarmen er gått.

#### **Merknad:**

Hvorfor varsles ikke Brannvesenet automatisk når alarmen går?

#### b. Informasjon ved branntavle

Branntavlen i gangen viste på skjermen at "Alarm.id. 06.069 er automatisk utkoplest"

Det var ingen håndbok ved branntavlen som opplyste hva dette betydde. Et av utvalgsmedlemmene fant etter undersøkelser at Håndmelderen ved røykerommet og nødutgangen var blitt utkoplest.

**Merknad:**

Det bør være en håndbok eller noe liknende, hengt opp ved siden av tavlen som forklarer hva meldinger på branntavlen betyr.

**4. Samtale med en pårørende**

Utvalget hadde en samtale med en pårørende. Hun var på senteret 3-4 ganger i uka. Tidligere kunne pårørende bruke brødrister og micro-ovn på senterets kjøkken. Hun hadde med seg hjemmelaget mat som ble varmet opp i microen. Det er ikke lenger mulig, og hun ønsket at brødrister og micro-ovn ble installert i kjøkkenkroken i stuen. Hun lurte på når det ville bli montert skinner på beboerrommene for opphenging av bilder. Nå står bildene på gulvet.

**Merknad:**

Når vil micro-ovn og brødrister som kan brukes av pårørende bli innkjøpt?  
Når vil skinner for opphenging av bilder bli montert?

**5. Samtale med beboer***a. For lav takskinne*

Utvalget besøkte rommet til en beboer som bruker en høy rullestol. Heisen som skal brukes for å løfte ham opp av sengen og til rullestolen og fra rullestolen til toalettet er montert i en takskinne som går fra sengen og til toalettet.

Takskinnen er montert så lavt at det ikke er mulig å heise ham direkte fra sengen til rullestolen eller direkte fra toalettet til stolen. De ansatte må manuelt ta tak og løfte. Arbeidsstillingen for de ansatte er under denne løftingen svært belastende. Beboeren understreket at det var også ubehaglig for ham.

Institusjonslederen, Anny Marie Karlsen Hahne, har opplyst til et av utvalgsmedlemmene, Inger Haagaas, at det ikke var mulig å heve skinnene p.g.a. støy fra heismotoren som sjenerer dem som bor i etasjen over sykehjemmet. Det ble foretatt støymålinger, bydelsoverlegen ble koplet inn og det ble utført flere utprøvinger før løsningen ble valgt. Institusjonslederen opplyste at det undersøkes med produsenten av heisene om det kan brukes kortere "seil" for å heve og senke de beboere som har høye rullestoler. Senteret har tre manuelle løftere som kan benyttes til de aktuelle beboere i påvente av en permanent løsning.

**Merknad:**

Utvalget håper at en bedre løsning kan finnes raskt av hensyn til beboere og ansatte.

*b. Varme på badet*

Beboeren klaget over at det var for kaldt på badet.

**Merknad:**

Utvalget ber om å få opplyst hva som må gjøres for å få det varmere på badet.

*c. Vasker som kan heves og senkes. Standarder for sykehjem*

Utvalget har registrert at det på Langerudhjemmet er det montert vasker på badet som kan heves opp eller ned. I forrige rapport refererte utvalget en klage fra en beboer som måtte sitte sideveis i sin rullestol når hun skulle bruke vasken, da vasken ikke kunne heves eller senkes.

Alle beboere på senteret er rullestolbrukere. Det er åpenbart at vasker som kunne heves og senkes burde ha blitt installert da senteret ble rehabilitert.

**Merknad:**

Utvalget ber om å få opplyst om det vil bli installert vasker som kan heves og senkes i badene på senteret.

Utvalget spør på bakgrunn av det ikke ble installert slike vasker på senteret om Oslo kommune har standarder og retningslinjer for utforming av bad og valg av vasker etc, som skal følges ved bygging, modernisering og rehabilitering av sykehjem. Hvor forefinnes evt. disse standardene og retningslinjene?

**6. Lekkasje på taket**

Wæhle opp lyste at det hadde vært en lekkasje på taket som hadde ført til at mye vann rant ned langs veggen mellom stuen og gangen på begge sider. Lekkasjen var tettet.

Utvalget så at en av takplatene i stuen hadde slått seg.

**Merknad:**

Utvalget ber om å få opplyst om det er foretatt undersøkelser av mulige sopp- eller muggskader etter lekkasjen.

**7. Tepper, bilder i korridorene**

Tepper og bilder ville live opp i de lange gangene. Er det mulig å få låne fra Kommunens kunstsamlinger?

Østensjø, 17.9.2008

Knut Elgsaas(s)  
Leder av utvalget

Inger Haagaas(s)

Torleif Werenskiold(s)

21/08

OSLO KOMMUNE  
BYDEL ØSTENSJØ

3 JUL 2008

S.NR. 2008002542  
AVD.   
SAKSBEH.: AK 2404**Tilsynsutvalget****RAPPORT FRA MØTE I TILSYNSUTVALGET**

<b>Institusjon:</b> <b><u>Kjernehuset dagsenter</u></b>	<b>Møtedag:</b> <b>26. juni 2008</b>	<b>Sett kryss:</b> <b>Anmeldt besøk : X</b> <b>Uanmeldt besøk:</b>
--	---	--

<b>Til stede fra tilsynsutvalget:</b> Kari Paulsrud Dag Omholt Elsa Halvorsen	<b>Til stede fra institusjonen:</b> Eva Fjellbu Vanghøy Åse Elvestad Heidi Vargeid (avd.leder VOF)
<b>Brukernes forhold:</b> Institusjonen er dagsenter for voksne utviklingshemmede brukere. Det er 4 til stede hver dag i tiden 9 – 14.30. Tirsdag og torsdag kommer 4 – 5 ekstra brukere og er der i 4 timer Brukerne kommer og reiser tilbake i drosje. P.g.a. trafikk til Spar-butikken som er nabo blir hver bruker møtt ved drosjen og fulgt inn i huset. Tilsvarende blir de fulgt helt ut til drosjen når de skal reise. Det har vist seg umulig å installere en fysisk sperre på den trange tomte. Det daglige program begynner med samlingsstund. Alle har lite språklige ferdigheter og hver av dem får oppgaver og stimulans i henhold til en dagplan. De har felles måltider og deltar i praktisk arbeid i den forbindelse. Hvis det er fint vær går de en tur ute. En dag i uka er det en lengre utflukt.	
<b>Vurdering av personalmessige forhold:</b> Det er tre faglige tilsatte og det er nettopp tilsatt en til i halv stilling. Når man trenger vikar er de vanligvis godt kvalifiserte. Renholdet foregår med ekstern hjelp i tilknytning til adm.lokalene i Ryensvingen 1.	
<b>Vurdering av lokaler, utstyr og materiell:</b> Lokalene er pent pusset opp, og synes godt egnet for aktiviteten.	
<b>Generell vurdering, herunder medisinsk tilsyn</b> Brukerne synes å trives. Dersom en bruker trenger legetilsyn skjer det hos fastlege i tilknytning til boligen.	
<b>Dato:</b> Oslo 26.06.2008	<b>Underskrifter:</b>

Kari Paulsrud

Dag Omholt

Elsa Halvorsen



BYDEL ØSTENSJØ

## TILSYNSUTVALG I

### RAPPORT FRA MØTE I TILSYNSUTVALGET – Uanmeldt møte

OSLO KOMMUNE	
BYDEL ØSTENSJØ	
24 OKT 2008	
200800259-9	1116
AVD. SAKSBEH.:	2404

<b>Institusjon:</b>	<b>Møtedato:</b>	<b>Tid:</b>
Kjernehuset dagsenter	Onsdag 15.10.08	Kl. 10.00 – 10.30
<b>Til stede fra tilsynsutvalget:</b>	<b>Til stede fra institusjonen:</b>	
Kari Paulsrud, leder	Åse Elvestad	
Elsa Halvorsen	Jeanette, miljøarbeider	
Dag Omholt		

Tilsynsutvalget holdt anmeldt tilsyn 26. juni og henviser til rapport fra dette m.h.t. generelle forhold. Utvalget foretok et uanmeldt besøk nå for å observere hvordan aktiviteten arter seg når det ikke er forberedt noe spesielt.

Det var bare to brukere til stede. Den tredje ville komme kl. 12.00. Det var kommet melding fra den ansvarlige ved boligen om at den fjerde måtte være hjemme i dag.

De var ferdige med frokost og Åse og Jeanette satt med hver sin bruker i en rolig samlingsstund. Det ble spilt musikk og sett på piktogrammer (forenklede bilder) for å forberede brukerne på hva de skulle gjøre denne dagen. Som påpekt i rapporten fra 26. juni får brukerne delta i de daglige praktiske oppgaver. I dag skulle de på vaskeriet, deretter handle i butikken og lage lunsj. Etterpå skulle de gå tur.

Utvalget fikk bekreftet inntrykket fra forrige gang om at brukerne opplever tilværelsen i en rolig, varm atmosfære. Det ble spesielt fortrolig når man har forholdet 1:1 mellom bruker og pleier. På tirsdag og torsdag må pleierne fordele kontakten når det kommer 4-5 ekstra brukere.

Rommene var rene og ryddige. Det ble påpekt at i det rommet som brukes som stillerom er det dårlig ventilasjon og dårlig luft, så det bruker de minst mulig.

Vi samtalte ellers om trafikksituasjonen utenfor som er vanskelig p.g.a. varebiltrafikk til Spar-butikken. Den kan gjøre det problematisk når man skal ta i mot eller sende hjem brukerne i drosje.

Utvalget opplevde at en stor lastebil som skulle rygge inn ved siden av butikken måtte kjøre fram nesten til inngangsdøren til Kjernehuset. Det ser nesten ut til at man må legge litt om på veitraséen inn på området mellom butikken og Manglerudhjemmet hvis man skal få bedre snuplass for varebiler. Det er uklart hvem som kan vedta en slik endring og dekke utgiftene ved det. Dette bør tas opp av Helse og velferdsadministrasjonen.

#### Oppsummering.

Vårt inntrykk er at brukerne har et godt faglig tilbud ved Kjernehuset. Lokalene fremstår også som hensiktsmessige med unntak av stillerommet. Det bør undersøkes nærmere hva som kan gjøres for at dette rommet igjen kan tas i bruk. Dagsenterets brukere bør ha muligheten til å trekke seg tilbake for ro og hvile.

Vi viser til vår merknad vedr. inngangspartiet i vår rapport fra juni. Her må det umiddelbart iverksettes sikringstiltak for å hindre at brukere og ansatte blir påkjørt.

Oslo, 15. oktober 2008

Kari Paulsrud

Elsa Halvorsen

Dag Omholt



19 NOV 2008

200800316-2

852.9

VEDTAK:

Østensjø Kulturutvalg konstaterer at det tar tid å bygge opp nettverk og formidle kunnskap om de muligheter bydelens kultursatsning gir. Ofte tar det lang tid fra en ide fødes, til den kan presenteres og et prosjekt gjennomføres. Resultatene hittil av utvalgets arbeid må sees i sammenheng med ovennevnte. I dette ligger også en erkjennelse av at utvalgsarbeidet bør vitaliseres ytterligere eller endre form.

Det er grunn til å anta at en større satsning på direkte dialog med lag og organisasjoner, samt kontakt med utvalgte uorganiserte miljøer, vil kunne gi bedre resultater og også bidra til å øke utvalgets legitimitet ytterligere. Dette vil medføre arbeid ut over hva vi kan forvente at bydelsadministrasjonen som sekretariat kan påta seg. Utvalget vil derfor anbefale at bevilgede midler også i en viss begrensning kan benyttes til å finansiere denne type arbeid, enten det utføres av bydelens ansatte, utvalgsmedlemmer eller andre som måtte finnes særlig skikket til dette. I tillegg er det ønskelig at utvalget etter eget initiativ direkte kan benytte media til utspill, invitasjoner og informasjon. Vi minner i den forbindelse om at utvalgsarbeidet i realiteten er lagt til enkeltpersoner som allerede i utgangspunktet har påtatt seg omfattende arbeid i frivillige lag og organisasjoner.

Bydelens lag og foreninger bør ha anledning til å komme med innspill i forbindelse med oppnevning av representanter i Kulturutvalget og eventuelle endringer av ansvar og arbeidsoppgaver. Utvalget bør etter vår mening også stå friere til å organisere hvorledes kontakten med lag og organisasjoner skal foregå. Spesielt bør utvalget selv vurdere hvorvidt og hvor ofte det skal inviteres til møter som Kulturforum.

Kulturutvalget ønsker å delta mer aktivt i behandlingen av ordinære saker som er til behandling i bydelens organer. Dette kan være alt fra reguleringsaker som berører kulturminner til hvorledes kulturmidler i sin helhet disponeres i bydelen. Utvalget ber derfor om å bli hørt i alle saker som har denne type elementer. Utvalget har også ambisjoner om at de selv skal kunne ta direkte initiativ til prosjekter, og ikke bare forholde seg til innkommende saker. Det er ønskelig å få en aksept på dette.

