



Oslo kommune
Bydel St. Hanshaugen

Bydel St. Hanshaugen Sentralarkivet		
Uoff. §	29 SEPT 2009	Avskv
Sak:	09/1867	Dok. 3
Arkivkode	240.9	

Tilsynsutvalgsrapport for Institusjoner mv

Institusjon: Cathinka Guldberg-senteret Avdelinger:

Hensikten med tilsynet

Tilsynsutvalget skal føre tilsyn med kommunale institusjoner og private institusjoner som bydelen forvalter eller har avtaler med for å sikre at den enkelte beboer under oppholdet får forsvarlig medisinsk tilsyn og behovsrettet pleie og omsorg. I dette ligger at institusjonen har lokaler, anlegg og utstyr som er tilpasset virksomheten, at den drives med forsvarlig personalforhold samt at den har et system for internkontroll som sikrer at krav fastsatt i lover, forskrifter og retningslinjer blir etterfulgt.

Bakgrunnsopplysninger

Tilstede fra Tilsynsutvalget: Kaveh Ataei og Jonas Aga Uchermann

Tidspunkt for tilsynet: 23. september 2009

Tilsynets varighet: 17:00-19:00

Anmeldt eller uanmeldt tilsyn: Uanmeldt

Kontaktperson i institusjonen: Liv Jorun Otherholt

Navn på personell som deltok under tilsynet: -

Eventuelle fokusområder for tilsynet: Områder med forbedringspotensial fra forrige tilsyn

Eventuelle områder tilsynet ikke omfattet: Samtaler med annen personell og pasienter

Rapporten utarbeidet av (signatur og dato): Kaveh Ataei 25. september 2009

Eventuelle klager tilsynsutvalget har mottatt fra beboere: -

Andre kommentarer: Rapporten er utarbeidet på bakgrunn av samtale med Otherholt. Vi gikk ikke gjennom skjemaet slavisk, men snakket om mange av punktene i en større sammenheng.

Hovedkonklusjon

(Positive og kritikkverdige forhold)

Sammenliknet med siste rapport fra revisjonsbesøk den 24.10.08, er lite endret. Områdene med forbedringspotensial er forbedret og kan anses som tilfredsstillende. Det er her snakk om journalføring i Gerica og håndtering av muntlige og skriftlige klager. Sentret har også fokus på aktiviteter for brukerne.

Spesifikke tilsynsområder (spesielt rettet til beboerne)

Informasjon før innleggelse (ble det gitt tilstrekkelig informasjon om vedtaket (resultatet av søknaden), omfang, innhold og praktiske opplysninger om daglige rutiner, rettigheter, klagemuligheter etc)

Tilsynsutvalget (vet beboerne/pårørende hvem dette er, hvordan de kan kontaktes, og hva hensikten med utvalget er)

Kontaktinformasjon henger på tavle, men den er ikke oppdatert. De trenger en oppdatert liste.

Kontaktperson (har alle beboere egen kontaktperson som også er kjent av verge/pårørende)

Tilfredsstillende

Kvalitetsplan (forefinnes en plan med målsetting, opplegg og tidsplan for den enkelte beboer og er denne også kjent av pårørende)

Tilfredsstillelse av grunnleggende behov (får beboerne tilfredsstillt sine grunnleggende behov som bl a

Vi fikk tilbakemelding på at stedet bar preg av mange korttidsansatte og vikarer. Høyt sykefravær var også et tema vi ble gjort oppmerksom på. Dette kommer vi til å følge opp ved senere tilsyn.

Følelse av verdighet og respekt (føler beboeren at ens egenverdi, etniske bakgrunn og livssyn blir værdsatt og respektert, blir spørsmål og henvendelser besvart på en forklarende og tilfredsstillende måte)

Brann, evakuering etc (vet beboerne hva de skal gjøre ved brann, større ulykker, ved evakuering etc)
Virket tilfredsstillende

Andre kommentarer fra beboerne

Spesifikke tilsynsområder (rettet til personalet)

Beboertilfredshet (gjennomføres undersøkelser for måling av tilfredshet, hva var resultatene ved siste måling og hva er gjort for å følge opp der det var misnøye)

Det fremkom ikke noe ut av samtalen som tilsa at egne målinger fant sted lokalt, men de ble referert til sykehjemsetatens brukerundersøkelse. Denne viser en negativ utvikling for institusjonen. Det ble hevdet at det var gjort lite på personalsiden for å endre denne utviklingen, men at institusjonen generelt jobbet målrettet med kvalitetsheving for en del oppgaver og rutiner.

System for Internkontroll*

- Forefinnes et opplegg for internkontroll som sikrer at helsetjenestene etterleves i praksis
- Er det beskrevne og kjente rutiner for hvordan de grunnleggende behov skal dekkes

CG har i rutiner og opplegg for dette, men grunnet høyt sykefravær og mangel på fagpersonell på de ulike etasjene, kan uregelmessigheter finne sted.

Oversikt over lover, forskrifter og retningslinjer (forefinnes dette, hvordan sikres at aktuelle lover etc er til stede og blir etterlevd)

Dette virker tilfredsstillende

Personalforhold (hvordan sikres at det er tilstrekkelig personell til å ivareta beboernes behov, rett kompetanse, opplæring etc)

I teorien skal dette være i orden, men høyt sykefravær skaper problemer. Det er også et problem at pasienter med for eksempel psykiske problemer blir plassert på demensavdelingen. Dette kan gå utover pasientenes oppfølging da fagpersonalet ikke "flytter" med pasienten.

Lokaler, utstyr etc (er dette tilstrekkelig og i samsvar med forholdene)

Dette virker moderne, de ansatte trenger et møte-/personalrom. I dag er disse områdene åpne og skaper usikkerhet i forhold til oppbevaring av informasjon mm. .

Bruk av tvang (hvilke rutiner finnes ang bruk av tvang, er de kjent og blir etterlevd)

Beboernes økonomiske midler (hvilke rutiner eksisterer som sikrer forsvarlig håndtering av beboernes økonomiske forhold)

Beboernes økonomiske midler kanaliseres gjennom pasientkontoordning

Rutiner ved brann, katastrofer etc (hvilke rutiner forefinnes, er disse kjent, når var det øvelse sist)

Legetilsyn (er det ordnede rutiner for helsetilsyn og oppfølging av beboerne)

Lege er ansatt i full stilling

Andre kommentarer

Vurderingen er basert på samtaler med én ansatt og er gjennomført uvarslet på. Problemene som følger av bemanningssituasjonen fremsto imidlertid så fremtredende at flere tilsyn på samme sted bør forsøke å følge opp dette mer systematisk.

Journalføringen er ikke elektronisk enda. Gericar er ikke tatt i bruk.

*Definisjon av system for internkontroll: Systematiske tiltak som skal sikre og dokumentere at aktivitetene utøves i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. De systematiske tiltakene skal være beskrevet i administrative prosedyrer. (Kilde: Nasjonal strategi for Kvalitetsutvikling i helsetjenesten)



Oslo kommune
Bydel St. Hanshaugen

Bydel St. Hanshaugen		
Sentralarkivet		
Uoff. §	29 SEPT 2009	Arsket
Sak: 09/1867	Doc: C1	
Arkivkode	290.4	

Tilsynsutvalgsrapport for Institusjoner mv

Institusjon: Jødisk bo- og seniorsenter Avdelinger:

Hensikten med tilsynet

Tilsynsutvalget skal føre tilsyn med kommunale institusjoner og private institusjoner som bydelen forvalter eller har avtaler med for å sikre at den enkelte beboer under oppholdet får forsvarlig medisinsk tilsyn og behovsrettet pleie og omsorg. I dette ligger at institusjonen har lokaler, anlegg og utstyr som er tilpasset virksomheten, at den drives med forsvarlig personalforhold samt at den har et system for internkontroll som sikrer at krav fastsatt i lover, forskrifter og retningslinjer blir etterfulgt.

Bakgrunnsopplysninger

Tilstede fra Tilsynsutvalget: Kaveh Ataei, Jonas Aga Uchermann og Hans Petter de Fine

Tidspunkt for tilsynet: 24. september 2009

Tilsynets varighet: 16:00-18:00

Anmeldt eller uanmeldt tilsyn: Uanmeldt

Kontaktperson i institusjonen: Bente Larsgård

Navn på personell som deltok under tilsynet: -

Eventuelle fokusområder for tilsynet: Bli kjent med stedet

Eventuelle områder tilsynet ikke omfattet: Samtaler med annen personell og pasienter

Rapporten utarbeidet av (signatur og dato): Kaveh Ataei 25. september 2009

Eventuelle klager tilsynsutvalget har mottatt fra beboere: -

Andre kommentarer: Rapporten er utarbeidet på bakgrunn av samtale med Larsgård. Vi gikk ikke gjennom skjemaet slavisk, men snakket om mange av punktene i en større sammenheng.

Hovedkonklusjon

(Positive og kritikkverdige forhold)

Sammenliknet med siste rapport fra revisjonsbesøk den 24.10.08, er lite endret. Områdene med forbedringspotensial er forbedret og kan anses som tilfredsstillende. Det er her snakk om journalføring i Gerica og håndtering av muntlige og skriftlige klager. Sentret har også fokus på aktiviteter for brukerne.

Spesifikke tilsynsområder (spesielt rettet til beboerne)
Informasjon før innleggelse (ble det gitt tilstrekkelig informasjon om vedtaket (resultatet av søknaden), omfang, innhold og praktiske opplysninger om daglige rutiner, rettigheter, klagemuligheter etc)
Virker tilfredsstillende
Tilsynsutvalget (vet beboerne/pårørende hvem dette er, hvordan de kan kontaktes, og hva hensikten med utvalget er)
Kontaktinformasjon henger på tavle, men den er ikke oppdatert. De trenger en oppdatert liste.
Kontaktperson (har alle beboere egen kontaktperson som også er kjent av verge/pårørende)
Tilfredsstillende
Kvalitetsplan (forefinnes en plan med målsetting, opplegg og tidsplan for den enkelte beboer og er denne også kjent av pårørende)
-
Tilfredsstillelse av grunnleggende behov (får beboerne tilfredsstilt sine grunnleggende behov som bl a
Virker tilfredsstillende
Følelse av verdighet og respekt (føler beboeren at ens egenverdi, etniske bakgrunn og livssyn blir verdsatt og respektert, blir spørsmål og henvendelser besvart på en forklarende og tilfredsstillende måte)
-
Brann, evakuering etc (vet beboerne hva de skal gjøre ved brann, større ulykker, ved evakuering etc)
Virket tilfredsstillende
Andre kommentarer fra beboerne
-

Spesifikke tilsynsområder (rettet til personalet)
Beboertilfredshet (gjennomføres undersøkelser for måling av tilfredshet, hva var resultatene ved siste måling og hva er gjort for å følge opp der det var misnøye)
-
System for Internkontroll*
<ul style="list-style-type: none"> • Forefinnes et opplegg for internkontroll som sikrer at helsetjenestene etterleves i praksis • Er det beskrevne og kjente rutiner for hvordan de grunnleggende behov skal dekkes
Virker tilfredsstillende
Oversikt over lover, forskrifter og retningslinjer (forefinnes dette, hvordan sikres at aktuelle lover etc er til stede og blir etterlevd)
Virker tilfredsstillende
Personalforhold (hvordan sikres at det er tilstrekkelig personell til å ivareta beboernes behov, rett kompetanse, opplæring etc)
Sentret har ikke mange ansatte og har lavt sykefravær. Virker tilfredsstillende.
Lokaler, utstyr etc (er dette tilstrekkelig og i samsvar med forholdene)
Dette virker moderne og gjennomtenkt
Bruk av tvang (hvilke rutiner finnes ang bruk av tvang, er de kjent og blir etterlevd)
I samråd med leder og lege
Beboernes økonomiske midler (hvilke rutiner eksisterer som sikrer forsvarlig håndtering av beboernes økonomiske forhold)

De pårørende tar seg av det. Dersom pårørende ikke finnes, brukes advokat.

Rutiner ved brann, katastrofer etc (hvilke rutiner forefinnes, er disse kjent, når var det øvelse sist)

Legetilsyn (er det ordnede rutiner for helsetilsyn og oppfølging av beboerne)

Ikke lege på huset, men en fast lege som følger opp. Legen er der en gang i uken.

Andre kommentarer

Journalføringen er ikke elektronisk.

*Definisjon av system for internkontroll: Systematiske tiltak som skal sikre og dokumentere at aktivitetene utøves i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. De systematiske tiltakene skal være beskrevet i administrative prosedyrer. (Kilde: Nasjonal strategi for Kvalitetsutvikling i helsetjenesten)