



Oslo kommune
Sykehjemsetaten
Administrasjonen

Oslo kommune
Bydel St. Hanshaugen
Postboks 6999 St. Olavs plass
0130 OSLO

Bydel St. Hanshaugen		
26 JAN 2010		
Sak: 09/2432	Dok. 3	
Arkivkode 240.4		

Deres ref:
09/98

Vår ref (saksnr):
200900193-112

Saksbeh:
Charlotte Grüner

Dato 19.01.2010

Arkivkode:
204

CATHINKA GULDBERGSENTERET – RAPPORT FRA ANMELDT TILSYN 18.11.2009

Vi viser til Deres brev av 8.12.2009 med oversendelse av bl.a. ovennevnte tilsynsrapport for kommentarer.

Tilsynsutvalget konkluderer med at de fikk et godt inntrykk av institusjonen ved dette tilsynsbesøket.

Sykehjemsetaten har ingen spesielle kommentarer og tar rapporten til orientering.

Med hilsen

Bente Riis
etatsdirektør

Morten Gohn
områdedirektør III



Oslo kommune
Bydel St. Hanshaugen

Bydel St. Hanshaugen Sentralarkivet		
Uoff. §	26 NOV 2009	Avskv.
Sak: 09/2432	Dok. 1	
Arkivkode 240.4		

Tilsynsutvalgsrapport for Institusjoner mv

Institusjon: Cathinka Guldberg-senteret (CG) **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: Kari Haug Warberg, Jonas Aga Uchermann og Kaveh Ataei

Tidspunkt for tilsynet: 18. november 2009, kl 15:00

Tilsynets varighet: 1,5 t

Anmeldt eller uanmeldt tilsyn: Anmeldt

Kontaktperson i institusjonen:

Navn på personell som deltok under tilsynet: Dag Terje Finbakk (direktør) og

Nina Martinussen (oversykepleier)

Eventuelle fokusområder for tilsynet: Gjennomgang av tilsynsskjema med ledelsen

Eventuelle områder tilsynet ikke omfattet: Tilsyn med pasienter

Rapporten utarbeidet av (signatur og dato): Kaveh Ataei, 20. november 2009

Eventuelle klager tilsynsutvalget har mottatt fra beboere:

Andre kommentarer: Vi gjør oppmerksom på at alle tilsyn er basert på de inntrykk vi får fra den/ de som deltar på tilsynet. Hver rapport kan ikke, i seg selv, anses som tilsynsutvalgets syn på hele institusjonen. Ledelsen påpekte at de følte seg urettmessig behandlet av bydelen/ HSK etter behandlingen av forrige tilsynsrapport.

Hovedkonklusjon

(Positive og kritikkverdige forhold)

Tilsynsutvalget får et godt inntrykk av CG ved dette tilsynet. Personalet som deltok under tilsynet var imøtekomende og svarte utførlig på alle spørsmålene.

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 gjennomføres slike undersøkelser jevnlig. Disse behandles på lederseminarene og tiltak settes i verk der det er nødvendig.

Siste undersøkelse var i mai. Resultatet er ikke klart enda. Likevel får vi inntrykk av at institusjonen er god kontroll på beboertilfredsheten og at den er høy. De har systemer for innhenting av ris og ros og tilbakemeldingene følges opp. Det er god kontakt mellom de ansatte, beboere og pårørende.

System for Internkontroll*

Institusjonen bruker nettbaserte databaser for sin internkontroll på alle felt. De skal gå over til et nytt og mer omfattende system ve navn Kvalitetssøken om kort tid. I dette systemet kan alle prosedyrer og avvikrappporter registreres. Det vil også bli enklere å følge opp sakene grunnet sytemets "storyline"-funksjon.

Både systemet i dag og det nye systemet som skal komme virker brukervennlig og effektivt.

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

Dette vil inngå i Kvalitetssøken. Der vil alle lover, forskrifter og retningslinjer bli automatisk oppdatert. Institusjonens leder er ansvarlig for oppdatering av databasen pr. i dag, mens det nye systemet vil automatisere dette.

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

Institusjonen har flere trivsels- og helsetilbud til personalet. Røykeslutt- og friskvern prosjektet er de siste i rekken.

Det finnes mange rom som kan brukes av personalet ved behov, men ingen personalrom. Dette er et bevisst valg fra institusjonens side.

Forhold omtalt i forrige rapport fra tilsynsutvalget ble diskutert. Det ble redegjort for hvordan OG jobber med å redusere sykefraværet og hvilke utfordringer institusjonen har. Det er ulik grad av sykefravær på de ulike avdelingene og institusjonen har iverksatt både spesifikke og generelle tiltak for å få det ned. Det er tilsynsutvalgets inntrykk at OG driver forsvarlig og iverksetter nødvendige tiltak for at beboerne ikke skal berøres av tidvis høyt sykefravær i enkeltavdelinger.

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

Dette ble ikke tilsett under besøket. Besøket fant sted på direktørens kontor.

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

Tvang brukes sjeldent og er alltid i samråd med lege. Ved tilfeller av tvangsbruk skal det rapporteres til direktøren, som rapporterer videre til hovedkontoret.

OG opererer ikke med låste dører.

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

Beboerne oppfordres til å benytte seg av en beboerkonto-ordning

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

Jevnlige brann- og katastrofeøvelser. Både anmeldt og uanmeldt.

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

1,3 % legestilling på huset. Legen er også tilgjengelig frem til kl. 22:00 på kveldene og i helgene.

Andre kommentarer

OG skal ta i bruk Gerica.

Ved neste tilsyn skal vi snakke med beboere.

OG ønsker at tilsynsutvalget skal kunne identifisere seg slik at uanmeldte tilsyn kan bli bedre.



Oslo kommune
Sykehjemsetaten

Bydel St. Hanshaugen		Sentralarkivet	
Utt. S	Avskv.	26 JAN 2010	
Bydel St. Hanshaugen		Postboks 6999 St. Olavs plass	
0130 OSLO		26 JAN 2010	
Sak: 09/2432		Dok. 4	
Arkivkode		2404	

Arkivkode	
Dok.	Sak:
Utt. S	Avskv.
26 JAN 2010	
Sentralarkivet	
Bydel St. Hanshaugen	

Dato: 21.01.2010

Deres ref:
Torun Nilsen

Vår ref (saksnr):
200900193-128

Saksbeh:
Charlotte Grüner,

Arkivkode:
204

ST. HANSHAUGEN OMSORGSSENTER - RAPPORT FRA TILSYNSBESØK 27.7. OG 19.11.2009

Vi viser til dere brev av 8.12.09 med oversendelse av rapporter fra ovennevnte tilsynsbesøk ved St. Hanshaugen omsorgssenter. Rapporten fra juli var ved en feiltakelse ikke blitt sendt institusjonen tidligere.

Begge rapporter er nå blitt forelagt institusjonen, som har kommentarer til en del mindre faktafeil i rapportene:

Rapport fra uanmeldt besøk 29.7.2009:

- Det er korrekt at besøkende i perioder har slitt med å komme inn på sykehjemmet på kvelden og i helger. Problemene hadde sammenheng med feil på callinganlegget, og skyldtes ikke bemanningen i resepsjonen. Callinganlegget er nå reparert og fungerer tilfredsstillende.
- To beboere var ikke klar over at tilsynsutvalget fantes. Dette er trolig relatert til de aktuelle beboeres helsetilstand. St. Hanshaugen omsorgssenter opplever imidlertid at det har vært en utfordring å få satt opp korrekte opplysninger på medlemmer i utvalget. Carema omsorg har flere ganger kontaktet bydelen for å få oppdatert kontaktinformasjon, men tilbakemelding har drøyd. Korrekt oppslag har vært tilgjengelig siden høsten 2009.
- Beboertilfredshet og gjennomgang av kvalitetsundersøkelser: I tillegg til at rapporter gjennomgås, lages det årlige handlingsplaner på de ulike enhetene der resultatene fra undersøkelsen tas i betraktning og tiltak iverksettes. Pårørende gjøres også kjent med resultatene fra undersøkelsene og forbedringstiltak.
- System for internkontroll: Carema omsorg har elektronisk kvalitetssystem som er tilgjengelig for alle ansatte, og som det er gitt opplæring i bruk av.
- Bruk av tvang: Det er svært lite bruk av tvang.
- Brannrutiner: Alle ansatte gjennomgår brannopplæring minimum en gang pr. år i tråd med lovverket.

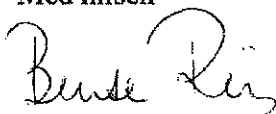


Rapport fra anmeldt tilsyn 19.11.2009:

- Kvalitetsrådet består av flere ansatte (tverrfaglig), i tillegg til daglig leder og en enhetsleder som leder utvalget. Oppdatering av EK-kvalitetssystem er én av oppgavene til kvalitetsutvalget, i tillegg til gjennomgang av avvik og kontinuerlig arbeid med kvalitetsutvikling på ulike områder. Ved behov for oppdatering av EK trekkes også andre kompetansepersoner inn i arbeidet.

Sykehjemsetaten har intet å tilføye, og tar rapportene til orientering.

Med hilsen



Bente Riis
etatsdirektør



Morten Gohn
områdedirektør III

Kopi til: St. Hanshaugen omsorgssenter



Oslo kommune
Bydel St. Hanshaugen

Tilsynsutvalgsrapport for Institusjoner mv

Institusjon: St. Hanshaugen Omsorgssenter (SO) 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: Kari Haug Warberg og Kaveh Ataei

Tidspunkt for tilsynet: 19. november kl. 15:00

Tilsynets varighet: 1,5 t

Anmeldt eller uanmeldt tilsyn: Anmeldt

Kontaktperson i institusjonen: Merete Helland

Navn på personell som deltok under tilsynet: Edyta Hætta (enhetsleder for enhet 3, korttids og døde), Randi Brunæs (enhetsleder for kultur og service) og Ben Levi Løffal (hjelpepleier)

Eventuelle fokusområder for tilsynet: Gjennomgang av tilsynsskjema med personalet

Eventuelle områder tilsynet ikke omfattet:

Rapporten utarbeidet av (signatur og dato): Kaveh Ataei, 20. november 2009

Eventuelle klager tilsynsutvalget har mottatt fra beboere:

Andre kommentarer: Vi gjør oppmerksom på at alle tilsyn er basert på de inntrykk vi får fra den/ de som deltar på tilsynet. Hver rapport kan ikke, i seg selv, anses som tilsynsutvalgets syn på hele institusjonen.

Hovedkonklusjon

(Positive og kritikkverdige forhold)

SO driver på en sunn og systematisk måte. Intet negativt registrert ved tilsynet. Personalet var meget imøtekommende og svarte på alle spørsmål tilsynet hadde.

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)

SO gjennomfører beboerundersøkelse årlig. Undersøkelsene blir behandlet pr. enhet og det rapporteres videre til styret i Carema. Disse undersøkelsene dokumenteres i papirform, mens andre undersøkelser er i e-form. Det blir også gjennomført flere beboer- og pårørendeundersøkelser i løpet av året. I tillegg tilrettelegges det for mulighet til å gi tilbakemeldinger til ledelse og personalet. Dette kan gjøres anonymt om ønskelig. Hver pasient har egne primær- og sekundærkontakter.

System for Internkontroll*

SO har gode rutiner for internkontroll. Systemet er nettbasert og tilgjengelig for personalet på en brukervennlig måte. De bruker også Gerica.

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

SO bruker BK-kvalitetssystem. Kvalitetsrådet, som består av ansatt, avdelingsleder og daglig leder, har i oppgave å oppdatere systemet mtp. nye lover og forskrifter.

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

SO tilbyr helsefagarbeiderutdanning på huset. De har også språkopplæring for å ivareta kvaliteten på kommunikasjonen mellom ansatte og beboere.

SO gjennomfører kvalitetsundersøkelser årlig for å kartlegge personalforholdene.

Det blir jobbet systematisk med sykefraværet blant de ansatte. SO opplever positive resultater av sitt arbeid. Det er også gode resultater på de ansattes helse, meget få helseproblemer.

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

SO er fornøyd med både lokaler og utstyr. Stedet er nyoppusset.

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

Det er ytterst få tilfeller av tvang. Ved bruk av tvang følges de gjeldende lover og regler, samt at tilfellene dokumenteres.

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

Beboerne oppfordres til å bruke beboerkonto. Det er også mulig å låse mindre verdier i safe.

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

Brannvernkurs gjennomføres med jevne mellomrom. SO bruker tolk til de ansatte som er døve. Dette virker tilfredsstillende.

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

Lege er ansatt ved 100 % stilling.

Andre kommentarer

SO etterlyser fortsatt rapport fra forrige tilsyn. Bydelen bør sende dette ut så fort som mulig. SOs satsing på kommunikasjon virker veldig tilfredsstillende.

* 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)