



Oslo kommune
Bydelsadministrasjonen
Avdeling rehabilitering og omsorg

Møteinnkalling 4/10

Møte: Omsorgskomite
NB! Vara-medlemmer oppfordres til å møte
Møtested: Ryensvingen 1, 3. etg
Møtetid: mandag 07. juni 2010 kl. 18.00
Sekretariat: 90686434

SAKSKART

Åpen halvtime

Saker til behandling

Sak 43/10	Godkjenning av innkalling og sakskart 4/10.....	0
Sak 44/10	Godkjenning av protokoll 3/10	0
Sak 45/10	Informasjon fra administrasjonen	0
Sak 46/10	Tertialrapport og statistikk pr 30.04.2010.....	1
Sak 47/10	Søknader om sykehjemsplass - oversikt innvilgelser, avslag og klager per tertial...2	
Sak 48/10	Status bruk av omsorgsboliger med tjenester og kjøp av sykehjemsplasser.....	4
Sak 49/10	Kvalitetsrevisjon 2009 - hjemmebaserte tjenester	5
Sak 50/10	Årsrapport 2009 - tilsynsutvalg for hjemmebaserte tjenester	11
Sak 51/10	Rapport fra anmeldt tilsyn ved Oppsalhjemmet 08.02.2010.....	12
Sak 52/10	Rapport fra anmeldt tilsyn med Abildsø bo- og rehabiliteringssenter 24.02.2010 .	13
Sak 53/10	Rapport fra anmeldt tilsyn ved Østensjø bo- og servicesenter 20.04.2010.....	14
Sak 54/10	Årsrapport 2009 - tilsynsutvalg 1.....	15
Sak 55/10	Informasjonsplan for Bydel Østensjø 2010-2013	16

Eventuelt

Bydel Østensjø, 27.05.2010

Randi Vollmerhaus
leder

Else-Berit Momrak/s
sekretær

Sak 43/10 Godkjenning av innkalling og sakskart 4/10

Arkivsak: 201000085

Arkivkode: 026.2

Saksbehandler: Else-Berit Momrak

Saksgang	Møtedato	Saknr
Omsorgskomite	07.06.10	43/10

GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKSKART 4/10

Sak 44/10 Godkjenning av protokoll 3/10

Arkivsak: 201000085

Arkivkode: 026.2

Saksbehandler: Else-Berit Momrak

Saksgang	Møtedato	Saknr
Omsorgskomite	07.06.10	44/10

GODKJENNING AV PROTOKOLL 3/10

Sak 45/10 Informasjon fra administrasjonen

Arkivsak: 201000085

Arkivkode: 026.2

Saksbehandler: Else-Berit Momrak

Saksgang	Møtedato	Saknr
Omsorgskomite	07.06.10	45/10

INFORMASJON FRA ADMINISTRASJONEN

Sak 46/10 Terialrapport og statistikk pr 30.04.2010

Arkivsak: 200400762

Arkivkode: 101.2

Saksbehandler: Edel G Krogstad

Saksgang	Møtedato	Saknr
Omsorgskomite	07.06.10	46/10
Eldrerådet	07.06.10	
Oppvekstkomite	07.06.10	40/10
Råd for funksjonshemmede	08.06.10	
Bydelsutvalget	14.06.10	92/10

TERTIALRAPPORT OG STATISTIKK PR 30.04.2010

Vedlagt følger bydelens tertrialrapport og statistikk for 1.tertrial 2010.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Terialrapport og statistikk 1.tertrial 2010 for Bydel Østensjø tas til etterretning.

Tove Stien /s
bydelsdirektør

Håkon Kleven /s
avd.sjef plan og økonomi

Vedlegg: tertrialrapport pr 30.04.2010
tertrialstatistikk pr 30.04.2010

Sak 47/10 Søknader om sykehjemsplass - oversikt innvilgelser, avslag og klager per tertial

Arkivsak: 200700171

Arkivkode: 240.5

Saksbehandler: Else-Berit Momrak

Saksgang	Møtedato	Saknr
Omsorgskomite	07.06.10	47/10
Eldrerådet	07.06.10	
Råd for funksjonshemmede	08.06.10	
Bydelsutvalget	14.06.10	105/10

SØKNADER OM SYKEHJEMSPLASS - OVERSIKT INNVILGELSER, AVSLAG OG KLAGER PER TERTIAL

Bakgrunn:

I forbindelse med bydelsutvalgets behandling av budsjett 2010, ble det fattet følgende vedtak:

Bydelsdirektøren bes i forbindelse med tertialrapporteringene utarbeide en oversikt over

- *Antall søknader om fast- og korttidsopphold på sykehjem og antall som er innvilget og antall som er avslått.*
- *Av de som fikk avslag, hvor mange klaget over vedtaket og hvor mange av disse fikk sin søknad innvilget?*
- *Av de som på ny fikk avslag hvor mange anket til den lokale klagenemnda? Hva ble resultatet av klagen?*
- *Hvor mange av dem som fikk avslag på sin søknad trakk søknaden etter at de fikk et annet tilbud som bydelen tilbyr. Hvilket?*

Saksframstilling:

Alle søknader om korttids- og langtidsopphold i institusjon registreres og behandles i fagsystemet Geric. Søknadene inneholder egensøknad, legeopplysninger av nyere dato, dvs. ikke eldre enn 3 måneder, og informasjon fra hjemmetjenesten vedrørende brukers funksjon. I tillegg bruker saksbehandlere ved bestillerkontoret 18+ tidligere dokumentasjon i Geric, inklusive IPLOS-vurdering. IPLOS-vurdering er individuell pleie og omsorgsstatistikk som er nasjonal og obligatorisk for pleie- og omsorgstjenester. Statistikken viser den enkelte brukers assistansebehov, men oversendes også til Statistisk sentralbyrå for å synliggjøre befolkningen i den enkelte bydel og kommunes assistansebehov.

Saksbehandler ved bestillerkontor 18+ og innstiller så til vedtaksmøtet, enten for innvilgelse eller avslag på søknad om korttids- og langtidsopphold. Vedtaksmøtet er tverrfaglig sammensatt og består av bestillerkontorets leder, bydelsoverlegen og teamleder ved bestillerkontoret. Det er leder ved bestillerkontoret som har vedtaksmyndighet. Ved søknader om utvidet opphold i korttidsavdeling innhentes det også sykepleierrapport og legeopplysninger fra korttidsavdelingen.

Tallene i nedenstående tabell er hentet fra Geric.

Korttidsopphold	Per 1. tertial	Per 2. tertial	Per 3. tertial
Antall søknader inkl. søknad om utvidet opphold, i parentes søknad om utvidet opphold	647 (261)		
- innvilgede korttidsopphold, inkl. utvidelser	611		
- søknader trukket *	32		
- avslag korttidsopphold	5		
- klaget på avslag **	1		
- innvilget etter klage	0		
Sum vedtak, som er anket til lokal klagenemnd	0		
- Resultat behandling i lokal klagenemnd			
Alternativt tilbud etter trukket søknad eller avslag			
- Forlenget opphold på sykehus (B-melding trukket)	17		
- Intermediær enheten	1		
- Trygghetsavdeling	1		
- Harry Fetts vei korttidsboliger	2		
- Aldershjem utenbys	3		
- Hjem med innsatsteam	1		
- Hjem med økt omfang hjemmetjenester	2		
- Død	4		
- Annet	1		
Langtidsopphold			
Antall søknader	106		
- innvilgede langtidsopphold	86		
- søknader trukket	12		
- avslag langtidsopphold	8		
- klaget på avslag	0		
- innvilget etter klage	0		
Sum vedtak som er anket til lokal klagenemnd/Fylkesmann	0		
Resultat behandling i lokal klagenemnd	0		
- Innvilget			
- Avslag opprettholdt			
Alternativt tilbud etter trukket søknad eller avslag			
- Omsorgsbolig m/tjenester	5		
- Rullerende korttidsopphold	2		
- Korttidsopphold	1		
- Hjem med økt omfang hjemmetjenester	5		
- Trukket av bruker uten endring i tjenester	5		
- Trygghetsavdeling	2		

* Formelt ingen som har trukket søknad om korttidsopphold. Det informeres om alternative tiltak eller gis tilbud om dagsenter eller hjemmetjenester.

** Søkt om rullerende opphold. Senere innlagt akutt på sykehus med påfølgende korttids- og langtidsopphold.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Rapport om søknader om sykehjemsplass, innvilgelser, avslag og klager, tas til orientering.

Tove Stien /s
bydelsdirektør

Solveig Nyhamar/s
avdelingssjef

Sak 48/10 Status bruk av omsorgsboliger med tjenester og kjøp av sykehjemsplasser.

Arkivsak: 201000377

Arkivkode: TEST

Saksbehandler: Signe Sandnes

Saksgang	Møtedato	Saknr
Omsorgskomite	07.06.10	48/10
Eldrerådet	07.06.10	
Bydelsutvalget	14.06.10	106/10

STATUS BRUK AV OMSORGSBOLIGER MED TJENESTER OG KJØP AV SYKEHJEMSPLASSER.

Dokumentet er ikke ferdigbehandlet. Ettersendes/omdeles i møtet.

Sak 49/10 Kvalitetsrevisjon 2009 - hjemmebaserte tjenester

Arkivsak: 200800055

Arkivkode: 225.0

Saksbehandler: Signe Sandnes

Saksgang	Møtedato	Saknr
Omsorgskomite	07.06.10	49/10
Eldrerådet	07.06.10	
Råd for funksjonshemmede	08.06.10	
Bydelsutvalget	14.06.10	107/10

KVALITETSREVISJON 2009 - HJEMMEBASERTE TJENESTER

Bakgrunn:

Bystyret i Oslo kommune har vedtatt at det skal gjennomføres kvalitetsrevisjon av alle sykehjem, hjemmetjenester og bestillerkontorene i Oslo kommune. Kvalitetsrevisjoner gjennomføres annet hvert år. Målet er å kartlegge de kvalitetsmessige sidene av driften, og at den enkelte organisasjonsenhet etterlever overordnede styringsdokumenter og andre interne krav.

Kvalitetsmålingssystemet for pleie- og omsorgstjenestene i Oslo kommune består i hovedsak av tre elementer som skal sees i sammenheng:

- Revisjonsbesøk
- Registrering av objektive indikatorer
- Bruker- og pårørende undersøkelser

Bydelene har fått som oppdrag å tilbakemelde til Helse og velferdsetaten (HEV) innen 30.06.2010 på hvordan virksomhetene har arbeidet med forbedringene.

Saksframstilling:

Det vises til fellesrapport fra HEV (uttrykt vedlegg) om kvalitetsrevisjonene for Oslo kommune, samt utdrag fra HEV's virksomhetsrapport for kvalitetsrevisjoner i hjemmetjenesten – bestiller 2009, som gjelder for Bydel Østensjø som følger vedlagt.

I årets virksomhetsrapporter brukes en skala der mørke grønn angir svært tilfredsstillende kvalitet, grønn angir tilfredsstillende kvalitet, mens gult og rødt angir et forbedringspotensial for kvalitetsområdene.

Bydelen er i gang med å innføre et elektronisk kvalitetssystem "KvalitetsLosen", som også innehar en avvikshåndteringsmodul. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som gjennomgår eksisterende kvalitetssystem og samler alle prosedyrer og dokumentasjon. I den forbindelse skal nåværende system og prosedyrer revideres. 25. mai var alle ledere samlet for orientering om det elektroniske kvalitetssystemet og avviksmodulen. Lederne vil få kurs før sommeren i bruk av systemet for så å lære opp sine ansatte.

Avdelingssjef for rehabilitering og omsorg har gjennomgått virksomhetsrapporten med ledere for hjemmetjenesten og bestillerkontoret og saken har vært oppe i avdelingens kvalitetsutvalg.

Nedenfor er listet opp de områdene bydelen har skåret gult på og hvilke tiltak som er vedtatt at skal gjøres/er utført.

Forbedringsområder i hjemmetjenesten	
1. Kvalitetsområde	Tiltak
<p>1.1.4 Oppdatering av kvalitetsperm, brukerhåndbøker og faglige prosedyrer og lignende</p> <p>Det gjennomføres fast periodiske oppdateringer av kvalitetssystemet. Det foreligger dokumenterte rutiner for oppdatering av kvalitetssystemet og kvalitetssystemet er oppdatert på revisjonstidspunktet.</p> <p><i>Merknad (gul): Kvalitetssystemet var ikke oppdatert ved revisjonsbesøket. Ledelsen trekker ikke de ansatte med i utviklingen av systemet. Dette anses som noe mangelfullt</i></p>	<p>Rutinene/praksis rundt dette er under arbeid i forbindelse med innføring av KvalitetsLosen. Det var et lederseminar den 25.mai, hvor det ble presentert en skisse for hvordan bydelen skal jobbe med kvalitetsforbedringer og avviksbehandling.</p> <p>I påvente av dette har avdelingens kvalitetsutvalg godkjent midlertidige prosedyrer for "Organisering av kvalitetsråd, utvalg og grupper" og "Kvalitetsgruppens funksjon og ansvarsområder" inntil annet er vedtatt.</p> <p>Avdelingen etablerte kvalitetsutvalg og kvalitetsgruppe i hjemmetjenesten i 2007 mars.</p> <p>Kvalitetsgruppene skal bl.a. holde prosedyrer oppdatert for sine områder og utarbeide nye ved behov, mens kvalitetsutvalget, ledet av avdelingssjef, skal godkjenne prosedyrene. Disse skal sørge for at ansatte trekkes med i prosessen</p>
<p>1.2 Rutiner for avvikhåndtering</p> <p>Det foreligger klare rutiner for rapportering, behandling og oppfølging av avvik, samt tilbakemelding til melder av avviket. Rutinene er formidlet og forstått av de ansatte. Virksomheten gjennomfører en systematisk gjennomgang av alle avvik.</p> <p><i>Merknad(gul): Virksomheten har system for avviksrapportering, men definisjonen for hva som er avvik i tjeneste og HMS er noe uklar. Ansatte oppgir at meldte avvik blir i varierende grad fulgt opp og mener rutinene ikke er gode nok. Dette anses som noe mangelfullt</i></p>	<p>Avdelingens kvalitetsutvalg har godkjent midlertidig prosedyrer for "Behandling av avviksmeldinger" og definisjon av avvik ble midlertidig godkjent inntil annet er vedtatt for bydelen.</p> <p>Avviksbegrepet og fokus på avviksmelding blir tema for avdelingssjefs ledermøte med alle tjenestestedene. Møtet holdes før ferieavviklingen. Deretter tar lederne opp avviksbegrepet og avviksmelding med ansatte i personalmøter. .</p> <p>Innføring av nytt elektronisk kvalitetssystem (KvalitetsLosen) innehar en avvikhåndterings modul som gir melder mulighet til å kunne følge behandlingen av meldt avvik, inntil avviket er lukket.</p> <p>Frem til dette verktøyet er innført, brukes nåværende avviksskjemaer i papirutgaver. Tiltak føres opp på avviksskjemaet, og den</p>

	<p>som melder avviket skal ha en kopi av ferdigbehandlet skjema, innen 14 dager.</p> <p>Ledere er minnet om denne rutinen</p>
2. Brukermedvirkning og oppfølging av tjenesten	
<p>2.3 Behandling av klager på utførelse Virksomheten har en fast rutine for registrering og behandling av klager. Det er tydelig definert hva som er en klage og de ansatte får opplæring i saksbehandling av klager. Alle skriftlige klager blir besvart skriftlig og ledelsen informeres om resultatene av behandlingen.</p> <p><i><u>Merknad(gul):</u> Ansatte gir uttrykk at de ikke kjenner rutinene for behandling og savner tilbakemelding når klager har blitt behandlet. Det anses som noe mangelfullt</i></p>	<p>Klage på tjenesten behandles av instansen over, dvs avdelingssjef. Tjenesteleder får kopi av svar på klagen</p> <p>En er i gang med å utarbeide prosedyre for klagehåndtering av klager på tjenesteutførelsen. Denne vil bli gjort kjent for ansatte</p>
3. Hjemmebesøk og sikkerhet	
<p>3.1.3 Taushet og diskresjon Virksomheten har system som sikrer at alle ansatte undertegner taushetserklæring. Alle ansatte har kjennskap til etiske retningslinjer i kommunene. Taushetsbelagte opplysninger blir oppbevart forsvarlig over uvedkommende.</p> <p><i><u>Merknad(gul):</u> Makulering av arbeidslister fungerer ikke likt i hele området ved at det i noen distrikter hender at de bare blir kastet. Dette anses som noe mangelfullt</i></p>	<p>Prosedyre for ”Sensitive data” er utviklet og godkjent av avdelingens kvalitetsutvalg.</p> <p>Alle ansatte er gjort kjent med at det er makuleringsdunker på basen og at arbeidslister skal kastes i disse etter endt vakt. Dunkene er lett synlige for alle ansatte.</p> <p>Dette er også en innarbeidet rutine fra tidligere</p>
<p>3.2 Nøkkelhåndtering Virksomheten har etablerte trygge rutiner for nøkkelhåndtering. Det foretas en betryggende kontroll av inn- og utlevering av nøkler. Utlevering av brukers nøkler skjer ved skriftlig godkjenning av bruker/pårørende.</p> <p><i><u>Merknad(rød):</u> Kontroll av inn- og utkvittering av nøkler er mangelfull</i></p>	<p>Revidert prosedyre ”brukers nøkler-håndtering ved bruk” er revidert og godkjent av kvalitetsutvalg.</p> <p>Lederne har ansvar for å gjøre rutinen kjent for ansatte omgående. De ansatte bør kontrollere hverandre, men er selv ansvarlig for å følge prosedyren.</p> <p>Dette er også en godt innarbeidet rutine fra tidligere</p>
4. Medisinhandling	
<p>4.2 Autorisasjon for medisinutdeling Virksomheten har en oppdatert oversikt over ansatte som har godkjenning til å dele ut medisin. Denne oversikten er tilgjengelig for alle ansatte på vakt</p> <p><i><u>Merknad(gul):</u> Vakthavende sykepleier har ikke</i></p>	<p>Tjenestestedene har en oppdatert oversikt over ansattes navn og godkjenningsdato for personer med delegert ansvar for medisinhandling. Ledere har fått melding om at denne skal henges utenfor medisinskapet på basen og at ansatte gjøres kjent med oversikten.</p>

<i>tilgang til oversikt over ansatte som har tilstrekkelig kompetanse til å dele ut medisiner. Dette er noe mangelfullt</i>	Alle ansvarsvakter skal ha skriftlig informasjon om dette
Forbedringsområder ved bestillerkontoret	
1. Saksbehandling og kvalitetssystem	Tiltak
<p>1.1.3 Oppdatering Det gjennomføres fast periodiske oppdateringer av kvalitetssystemet. Det foreligger dokumenterte rutiner for oppdatering av kvalitetssystemet og kvalitetssystemet er oppdatert på revisjonstidspunktet.</p> <p><i>Merknad(gul): Noe mangelfull oppdatering av kvalitetssystemet ved revisjonstidspunktet - deler av systemet er oppdatert</i></p>	Bestillerkontoret skal konstituere kvalitetsgruppen og utarbeide en plan for gjennomgang og oppdatering av prosedyrer og rutiner, samt nedsette arbeidsgrupper for oppdatering og utvikling av prosedyrer Se for øvrig pkt 1.1.4. for hjemmetjenesten
<p>1.1.4 Tilgjengelighet Håndbøker/ prosedyrebøker er lett tilgjengelige for de ansatte i papirutgave og/eller elektronisk</p> <p><i>Merknad(gul) Prosedyrer for saksbehandling ligger på intranett, men ansatte synes likevel at det er vanskelig å finne frem på saksbehandlingsrutiner</i></p>	Rutiner for saksbehandling og øvrige rutiner skal legges i KvalitetsLosen slik at relevante rutiner for hver enkelt ansatt blir lett tilgjengelige
<p>1.2. Registrering og dokumentasjon God saksbehandling sikres av et godt kvalitetssystem der Gericca benyttes som system for registrering og dokumentasjon, saksbehandlingsprosedyrer er skriftliggjort og kjent blant de ansatte.</p> <p><i>Merknad(gul): Det fremgår ikke i Gericcajournalen at dokumentasjon som er brukt som grunnlag for vedtaket ligger et annet sted. Dette anses som mangelfullt hos virksomheten</i></p>	All informasjon som ikke står i vedtaket står i saksbehandlerjournal i Gericca. Ansatte er gjort kjent med dette
<p>1.6 Fare for svikt eller manglende oppfyllelse av myndighetskrav Virksomheten foretar jevnlig kartlegginger og har et system for identifisering av områder hvor det er fare for svikt i oppfyllelse av myndighetskrav. Gjennomfører risikoanalyser for å avklare områder hvor det er størst fare for svikt.</p> <p><i>Merknad(gul): Virksomheten har et bevisst forhold til områder hvor det er fare for svikt, men det er ikke foretatt kartlegginger/er ikke et system for kartlegginger av områder hvor det er fare for svikt</i></p>	Ved gjennomgang av rutiner (pkt 1.1.3.) vil det vurderes risiko for svikt på de enkelte punkter i en rutine. Det settes inn ev tiltak som kan minske faren for alvorlig svikt samt kritiske kontrollspørsmål i rutinen som ansatte skal gjennomgå

<p>2. Behovsvurdering</p> <p>2.1 Rutiner for behandling av henvendelser God behovsvurdering omfatter etablerte rutiner for førstegangskontakt med søker, ivaretagelse av eventuelle akutte behov, samt at det finnes rutiner for formidling og innhenting av nødvendig informasjon.</p> <p><i>Merknad(gul): Virksomheten tar ikke skriftlig eller muntlig kontakt med alle søkere innen 7 dager. Dette anses som noe mangelfullt hos virksomheten</i></p>	<p>Alle rutiner vil bli oppdatert fortløpende ihht krav om svar innen 7 dager, enten ved vedtak, vurderingsbesøk eller forvaltningsmelding.</p> <p>Revidert rutine gjøres kjent for ansatte</p>
<p>2.4 Brukermedvirkning Virksomheten har et system for å innhente brukers synspunkter for at brukers rett til medvirkning ivaretas. Vurderingsbesøk/førstegangsbesøk gjennomføres alltid og vedtak fattes i samarbeid med bruker. Revurderingsbesøk gjennomføres ved spesifikke behov. Bestillerkontoret er tilgjengelig på telefon og det avholdes regelmessige og formaliserte møter med utførerne. Det gis rett og oppdatert informasjon om brukervalg etter felles mal.</p> <p><i>Merknad(gul): Virksomheten har ikke et system for å innhente brukers synspunkter</i></p>	<p>Nåværende rutine for saksbehandling revurderes hvor krav til brukermedvirkning presiseres. Det lages også et system for registrering i Gerica over hvem som har fått mulighet til å uttale seg (se pkt 1.1.3). Revidert rutine gjøres kjent for ansatte.</p>
<p>3 Vedtak</p>	
<p>3.3. Behandling av klager på enkeltvedtak Virksomheten har en fast rutine for registrering og behandling av klager. Det er tydelig definert hva som er en klage og de ansatte får opplæring i saksbehandling av klager. Alle skriftlige klager blir besvart skriftlig og ledelsen informeres om resultatene av behandlingen.</p> <p><i>Merknad(gul): Det finnes rutiner for klagesaksbehandling. Ansatte hevder at systematisk opplæring i klagesaksbehandling er noe mangelfull</i></p>	<p>Det vil bli gjennomført internopplæring av klagesaksbehandling for saksbehandlere.</p> <p>Det utarbeides lokal rutine for klagesaksbehandling knyttet opp mot sentral prosedyre fra HEV i Gerica.</p>
<p>3.4. Periodisk revurdering av vedtak Virksomheten har rutiner for at det vurderes om det er behov for revurdering minimum hver 6. måned. Varighet på vedtak blir alltid lagt inn i Gerica og vedtak om hjemmetjenester legges inn med maksimum 1 års varighet. Ved revurdering gjennomføres ny behovsvurdering og det tas jevnlig ut rapport over vedtak som "går ut på dato".</p>	<p>Etter revisjonen er det utarbeidet og implementert en ny rutine om at hjemmesykepleien vurderer behov for nytt vedtak hver 3. måned og sender melding om behov for revurdering til bestiller. Det utarbeides en rutine/prosedyre som sikrer revurdering av praktisk pleie hver 6. mnd. (Se pkt. 1.1.3). Denne gjøres kjent for alle saksbehandlere</p>

<i>Merknad(rød): Vedtak om hjemmetjenester har vedtakstid over 1 års varighet. Det er krav om revurderinger minimum hver 6. måned</i>	
---	--

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Sak om kvalitetsrevisjon 2009 – hjemmebaserte tjenester, tas til orientering

Tove Stien /s
bydelsdirektør

Solveig Nyhamar /s
avdelingssjef

Vedlegg:

- Fellesrapport 2009, Kvalitetsrevisjon i hjemmetjenesten, fra Helse- og velferdsetaten (utrykt vedlegg)
- Utdrag fra virksomhetsrapportene i hjemmetjenesten – bestiller 2009 fra Helse- og velferdsetaten, som gjelder Bydel Østensjø,

Sak 50/10 Årsrapport 2009 - tilsynsutvalg for hjemmebaserte tjenester

Arkivsak: 200900219

Arkivkode: 240.4

Saksbehandler: Else-Berit Momrak

Saksgang	Møtedato	Saknr
Omsorgskomite	07.06.10	50/10
Eldrerådet	07.06.10	
Råd for funksjonshemmede	08.06.10	
Bydelsutvalget	14.06.10	108/10

ÅRSRAPPORT 2009 - TILSYNSUTVALG FOR HJEMMEBASERTE TJENESTER

Saksframstilling:

Vedlagt oversendes Årsrapport 2009 fra tilsynsutvalg for hjemmebaserte tjenester.

[Bydelsdirektørens forslag til vedtak](#)

[Årsrapport 2009 for tilsynsutvalg fra hjemmebaserte tjenester, tas til orientering.](#)

Tove Stien /s
bydelsdirektør

Solveig Nyhamar /s
avdelingssjef

Vedlegg: 1

Sak 51/10 Rapport fra anmeldt tilsyn ved Oppsalhjemmet 08.02.2010

Arkivsak: 201000100

Arkivkode: 240.4

Saksbehandler: Else-Berit Momrak

Saksgang	Møtedato	Saknr
Omsorgskomite	07.06.10	51/10
Eldrerådet	07.06.10	
Bydelsutvalget	14.06.10	109/10

RAPPORT FRA ANMELDT TILSYN VED OPPSALHJEMMET 08.02.2010

Saksframstilling:

Vedlagt oversendes rapport fra anmeldt tilsyn ved Oppsalhjemmet 08.02.2010, mottatt i bydelsadministrasjonen 19.03.2010. Vedlagt saken er også et vedlegg til rapporten fra tilsynsutvalgets leder av 13.04.2010, mottatt i bydelsadministrasjonen 15.04.2010. Sykehjemsetatens uttalelse til rapporten, mottatt 03.05.2010, er også vedlagt saken.

Bydelsdirektøren har ingen kommentarer til rapporten.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Rapport fra anmeldt tilsyn ved Oppsalhjemmet 08.02.2010 med vedlegg, og sykehjemsetatens uttalelse, tas til orientering.

Tove Stien /s
bydelsdirektør

Solveig Nyhamar /s
avdelingssjef

Vedlegg: 3

Sak 52/10 Rapport fra anmeldt tilsyn med Abildsø bo- og rehabiliteringssenter 24.02.2010

Arkivsak: 201000101

Arkivkode: 240.4

Saksbehandler: Else-Berit Momrak

Saksgang	Møtedato	Saknr
Omsorgskomite	07.06.10	52/10
Eldrerådet	07.06.10	
Bydelsutvalget	14.06.10	110/10

RAPPORT FRA ANMELDT TILSYN MED ABILDSØ BO- OG REHABILITERINGSSENTER 24.02.2010

Saksframstilling:

Vedlagt oversendes rapport fra anmeldt tilsyn med Abildsø bo- og rehabiliteringssenter 24.02.2010, mottatt i bydelsadministrasjonen 16.03.2010. Sykehjemsetatens uttalelse til rapporten er vedlagt saken.

Bydelsdirektøren har ingen kommentar til rapporten.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Rapport fra anmeldt tilsyn med Abildsø bo- og rehabiliteringssenter 24.02.2010, tas til orientering.

Tove Stien /s
bydelsdirektør

Solveig Nyhamar /s
avdelingssjef

Vedlegg: 2

Sak 53/10 Rapport fra anmeldt tilsyn ved Østensjø bo- og servicesenter 20.04.2010

Arkivsak: 201000100

Arkivkode: 240.4

Saksbehandler: Else-Berit Momrak

Saksgang	Møtedato	Saknr
Omsorgskomite	07.06.10	53/10
Råd for funksjonshemmede	08.06.10	
Bydelsutvalget	14.06.10	111/10

RAPPORT FRA ANMELDT TILSYN VED ØSTENSJØ BO- OG SERVICESENTER 20.04.2010

Saksframstilling:

Vedlagt oversendes rapport fra anmeldt tilsyn ved Østensjø bo- og servicesenter 20.04.2010, mottatt i bydelsadministrasjonen 28.04.2010. Sykehjemsetatens uttalelse til rapporten, mottatt 11.05.2010, er vedlagt saken.

Bydelsdirektøren har ingen kommentarer til rapporten.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Rapport fra anmeldt tilsyn ved Østensjø bo- og servicesenter 20.04.2010, tas til orientering.

Tove Stien /s
bydelsdirektør

Solveig Nyhamar /s
avdelingssjef

Vedlegg: 2

Sak 54/10 Årsrapport 2009 - tilsynsutvalg 1

Arkivsak: 200900097

Arkivkode: 240.4

Saksbehandler: Else-Berit Momrak

Saksgang	Møtedato	Saknr
Omsorgskomite	07.06.10	54/10
Eldrerådet	07.06.10	
Råd for funksjonshemmede	08.06.10	
Bydelsutvalget	14.06.10	112/10

ÅRSRAPPORT 2009 - TILSYNSUTVALG 1

Saksframstilling:

Vedlagt oversendes årsrapport 2009 fra tilsynsutvalg I.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Årsrapport 2009 – tilsynsutvalg I, tas til orientering.

Tove Stien /s
bydelsdirektør

Solveig Nyhamar /s
avdelingssjef

Vedlegg: 1

Sak 55/10 Informasjonsplan for Bydel Østensjø 2010-2013

Arkivsak: 200800330

Arkivkode: 061.0

Saksbehandler: Therese Lundstedt

Saksgang	Møtedato	Saknr
Bydelsutvikling, Miljø- og Kulturkomite	07.06.10	34/10
Omsorgskomite	07.06.10	55/10
Oppvekstkomite	07.06.10	54/10
Bydelsutvalget	14.06.10	114/10

Tidligere vedtak i saken:

Vedtak fra tidligere behandling(er) mangler.

INFORMASJONSPLAN FOR BYDEL ØSTENSJØ 2010-2013

Bakgrunn:

Ett av tiltakene i bydelens budsjett 2010 (BU-sak 195/09), er at bydelens informasjonsplan for perioden 2008-2009 skal revideres. Dette ble ytterligere presisert i verbalvedtak av bydelsutvalget under behandlingen av samme sak.

Den reviderte informasjonsplanen, er som tidligere forankret i Strategisk plan for Bydel Østensjø 2010-2013 (BU-sak 12/10), og er gitt samme varighetsperiode som denne. Informasjonsplanen omhandler bydelens eksterne informasjonsvirksomhet.

Revidert informasjonsplan er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestått av avdelingssjef administrasjon (leder), avdelingssjef barn og kultur, informasjonskonsulent og BU-sekretær. Arbeidsgruppen har konsultert bydelsutvalgets leder i løpet av prosessen.

Saksframstilling:

Den reviderte informasjonsplanen som forelegges bydelsutvalget til behandling, bygger på de samme prinsipper for informasjonsvirksomheten som i foregående planperiode. Videre inneholder planen de samme målene, men med omskrivning og tydeliggjøring av mål 4.3 som nå lyder som følger: *"Bydelen gir aktivt brukere og innbyggere informasjon om forhold som angår dem"*.

Når det gjelder tiltakene i planen, har arbeidsgruppen tilstrebet en konkretisering av disse. Videre har arbeidsgruppen sett det som viktig å videreføre flere av tiltakene fra forrige informasjonsplan, da disse fortsatt er relevante å følge opp og arbeide videre med. Enkelte av disse tiltakene er lagt inn under andre mål enn tidligere. I tillegg er nye tiltak er lagt inn.

Under følger en oversikt over hvert mål opp med beskrivelse av de viktigste endringene i tiltak for hvert av målene:

- Mål 4.1: *"Bydelens informasjon er korrekt, tilgjengelig og brukervennlig"*. Enkelte av tiltakene her er konkretisert ved deltak, med beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres.
- Mål 4.2: *"Bydelens informasjon bidrar til positivt omdømme og realistiske forventninger til bydelens tjenester"*

Her er to av tiltakene fjernet, de øvrige er beholdt, med språklige justeringer.

- Mål 4.3: ”Bydelen gir aktivt brukere og innbyggere informasjon om forhold som angår dem”

Her er det lagt inn flere nye tiltak, bl.a. om revisjon og forbedring av innholdet i ”Omsorgstrappa”, samt et tiltak om at barnehagens årsplaner skal inneholde mål og tiltak for informasjonsformidling til foreldre/foresatte.

- Mål 4.4: ”Bydel Østensjø er en aktiv informasjonskanal for formidling av skolers og frivillige lag/foreningers aktiviteter i bydelen”

Her er det lagt inn ett nytt tiltak som gjelder involvering av skoler og frivillige lag/foreninger i å komme med innspill til arrangementer for publisering på internett.

- Mål 4.5: ”Innbyggere og brukere inviteres til å være delaktige i videreutvikling av bydelenes tjenester og aktiviteter på et tidlig tidspunkt”

Her er det kun foretatt innholdsmessige justeringer i teksten.

- Mål 4.6: ”Bydel Østensjø skal fremstå som en helhetlig organisasjon for brukere og beboere”

Her er ett tiltak fjernet, da dette tiltaket gjelder bydelens interne rutiner.

Medieplanen, som følger som vedlegg til informasjonsplanen, gir en oversikt over de målgrupper og informasjonskanaler som bydelen benytter i sin informasjonsformidling. Medieplanen er oppdatert og tilpasset den reviderte informasjonsplanen.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Informasjonsplan for Bydel Østensjø for perioden 2010-2013 tilsluttes.

Tove Stien /s
bydelsdirektør

Åse Merete Ternå /s
avdelingssjef

Vedlegg: Informasjonsplan for Bydel Østensjø 2010-2013
Medieplan for Bydel Østensjø 2010-2013