Oslo kommune

Møteinnkalling 4/10

Møte: Råd for funksjonshemmede
Møtested: Ryensvingen 1 Plenumssalen 4. etg.
Møtetid: tirsdag 08. juni 2010 **kl.** 17.30
Sekretariat: Heidi Vargeid, tlf. 23438580/95885925

SAKSKART

Åpen halvtime

Saker til behandling

Sak 27/10 Godkjenning av møteinnkalling og sakskart 4/10 1
Sak 28/10 Godkjenning av protokoll 3/10 1
Sak 29/10 Informasjon fra administrasjonen 1
Sak 30/10 Tertialrapport og statistikk pr 30.04.2010 3
Sak 31/10 Søknader om sykehjemsplass - oversikt innvilgelser, avslag og klager per tertial 5
Sak 32/10 Kvalitetsrevisjon 2009 - hjemmebaserte tjenester 7
Sak 33/10 Årsrapport 2009 - tilsynsutvalg for hjemmebaserte tjenester 13
Sak 34/10 Rapport fra anmeldt tilsyn ved Østensjø bo- og servicesenter 20.04.2010 15
Sak 35/10 Årsrapport 2009 - tilsynsutvalg 1 17

Eventuelt

Bydel Østensjø, 27.06.2010

Liv Thorstensen / s
leder

Heidi Vargeid
sekretær

Sak 27/10 Godkjenning av møteinnkalling og sakskart 4/10

Arkivsak: 201000086
Arkivkode: 026.2
Saksbehandler: Heidi Vargeid

Saksgang	Møtedato	Saknr
Råd for funksjonshemmede	**08.06.10**	**27/10**

GODKJENNING AV MØTEINNKALLING OG SAKSKART 4/10

Sak 28/10 Godkjenning av protokoll 3/10

Arkivsak: 201000086
Arkivkode: 026.2
Saksbehandler: Heidi Vargeid

Saksgang	Møtedato	Saknr
Råd for funksjonshemmede	**08.06.10**	**28/10**

GODKJENNING AV PROTOKOLL 3/10

Sak 29/10 Informasjon fra administrasjonen

Arkivsak: 201000086
Arkivkode: 026.2
Saksbehandler: Heidi Vargeid

Saksgang	Møtedato	Saknr
Råd for funksjonshemmede	**08.06.10**	**29/10**

INFORMASJON FRA ADMINISTRASJONEN

Sak 30/10 Tertialrapport 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**	**41/10**
Oppvekstkomite	**07.06.10**	**40/10**
Råd for funksjonshemmede	**08.06.10**	**30/10**
Bydelsutvalget	**14.06.10**	**92/10**

Tidligere vedtak i saken:

Vedtak fra tidligere behandling(er) mangler.

TERTIALRAPPORT OG STATISTIKK PR 30.04.2010

Vedlagt følger bydelens tertialrapport og statistikk for 1.tertial 2010.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak
Tertialrapport og statistikk 1.tertial 2010 for Bydel Østensjø tas til etterretning.

Tove Stien /s
bydelsdirektør

Håkon Kleven /s
avd.sjef plan og økonomi

Vedlegg: tertialrapport pr 30.04.2010
tertialstatistikk pr 30.04.2010

Sak 31/10 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**	**42/10**
Råd for funksjonshemmede	**08.06.10**	**31/10**
Bydelsutvalget	**14.06.10**	**105/10**

Tidligere vedtak i saken:

Vedtak fra tidligere behandling(er) mangler.

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 Gerica. 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 Gerica, 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 Gerica.

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) - Intermediær enheten - Trygghetsavdeling - Harry Fetts vei korttidsboliger - Aldershjem utenbys - Hjem med innsatsteam - Hjem med økt omfang hjemmetjenester - Død - Annet	 **17** **1** **1** **2** **3** **1** **2** **4** **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 - Innvilget - Avslag opprettholdt	**0**		
Alternativt tilbud etter trukket søknad eller avslag - Omsorgsbolig m/tjenester - Rullerende korttidsopphold - Korttidsopphold - Hjem med økt omfang hjemmetjenester - Trukket av bruker uten endring i tjenester - Trygghetsavdeling	 **5** **2** **1** **5** **5** **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 32/10 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**	**44/10**
Råd for funksjonshemmede	**08.06.10**	**32/10**
Bydelsutvalget	**14.06.10**	**107/10**

Tidligere vedtak i saken:

Vedtak fra tidligere behandling(er) mangler.

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 (utrykt 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**
1.1.4 Oppdatering av kvalitetsperm, brukerhåndbøker og faglige prosedyrer og lignende Det gjennomføres fast periodiske oppdateringer av kvalitetssystemet. Det foreligger dokumenterte rutiner for oppdatering av kvalitetssystemet og kvalitetssystemet er oppdatert på revisjonstidspunktet. *<u>Merknad (gul):</u> Kvalitetssystemet var ikke oppdatert ved revisjonsbesøket. Ledelsen trekker ikke de ansatte med i utviklingen av systemet. Dette anses som noe mangelfullt*	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. I påvente av dette har avdelingens kvalitetsutvalg godkjent midlertidige prosedyrer for ”Organisering av kvalitetsråd, utvalg og grupper” og ”Kvalitetsgruppenes funksjon og ansvarsområder” inntil annet er vedtatt. Avdelingen etablerte kvalitetsutvalg og kvalitetsgruppe i hjemmetjenesten i 2007 mars. 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
1.2 Rutiner for avvikshåndtering Det foreligger klare rutiner for rapportering, behandling og oppfølging av avvik, samt tilbakemelding til melderen av avviket. Rutinene er formidlet og forstått av de ansatte. Virksomheten gjennomfører en systematisk gjennomgang av alle avvik. *<u>Merknad(gul):</u> 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*	Avdelingens kvalitetsutvalg har godkjent midlertidig prosedyrer for ”Behandling av avviksmeldinger” og definisjon av avvik ble midlertidig godkjent inntil annet er vedtatt for bydelen. 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. . Innføring av nytt elektronisk kvalitetssystem (KvalitetsLosen) innehar en avvikshåndterings modul som gir melder mulighet til å kunne følge behandlingen av meldt avvik, inntil avviket er lukket.

	Frem til dette verktøyet er innført, brukes nåværende avviksskjemaer i papirutgaver. Tiltak føres opp på avviksskjemaet, og den som melder avviket skal ha en kopi av ferdigbehandlet skjema, innen 14 dager. Ledere er minnet om denne rutinen
2. Brukermedvirkning og oppfølging av tjenesten	
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. *Merknad(gul): Ansatte gir uttrykk at de ikke kjenner rutinene for behandling og savner tilbakemelding når klager har blitt behandlet. Det anses som noe mangelfullt*	Klage på tjenesten behandles av instansen over, dvs avdelingssjef. Tjenesteleder får kopi av svar på klagen En er i gang med å utarbeide prosedyre for klagehåndtering av klager på tjenesteutførelsen. Denne vil bli gjort kjent for ansatte
3. Hjemmebesøk og sikkerhet	
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. *Merknad(gul): 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*	Prosedyre for ”Sensitive data” er utviklet og godkjent av avdelingens kvalitetsutvalg. 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. Dette er også en innarbeidet rutine fra tidligere
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. *Merknad(rød): Kontroll av inn- og utkvittering av nøkler er mangelfull*	Revidert prosedyre ”brukers nøkler-håndtering ved bruk” er revidert og godkjent av kvalitetsutvalg. Lederne har ansvar for å gjøre rutinen kjent for ansatte omgående. De ansatte bør kontrollere hverandre, men er selv ansvarlig for å følge prosedyren. Dette er også en godt innarbeidet rutine fra tidligere
4. Medisinhåndtering	
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	Tjenestestedene har en oppdatert oversikt over ansattes navn og godkjenningsdato for personer med delegert ansvar for medisinhåndtering. Ledere har fått melding

på vakt *<u>Merknad(gul):</u> Vakthavende sykepleier har ikke tilgang til oversikt over ansatte som har tilstrekkelig kompetanse til å dele ut medisiner. Dette er noe mangelfullt*	om at denne skal henges utenfor medisinskapet på basen og at ansatte gjøres kjent med oversikten. Alle ansvarsvakter skal ha skriftlig informasjon om dette
Forbedringsområder ved bestillerkontoret	
1. Saksbehandling og kvalitetssystem	**Tiltak**
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. *<u>Merknad(gul):</u> Noe mangelfull oppdatering av kvalitetssystemet ved revisjonstidspunktet - deler av systemet er oppdatert*	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
1.1.4 Tilgjengelighet Håndbøker/ prosedyrebøker er lett tilgjengelige for de ansatte i papirutgave og/eller elektronisk *<u>Merknad(gul)</u> Prosedyrer for saksbehandling ligger på intranett, men ansatte synes likevel at det er vanskelig å finne frem på saksbehandlingsrutiner*	Rutiner for saksbehandling og øvrige rutiner skal legges i KvalitetsLosen slik at relevante rutiner for hver enkelt ansatt blir lett tilgjengelige
1.2. Registrering og dokumentasjon God saksbehandling sikres av et godt kvalitetssystem der Gerica benyttes som system for registrering og dokumentasjon, saksbehandlingsprosedyrer er skriftliggjort og kjent blant de ansatte. *<u>Merknad(gul):</u> Det fremgår ikke i Gericajournalen at dokumentasjon som er brukt som grunnlag for vedtaket ligger et annet sted. Dette anses som mangelfullt hos virksomheten*	All informasjon som ikke står i vedtaket står i saksbehandlerjournal i Gerica. Ansatte er gjort kjent med dette
1.6 Fare for svikt eller manglende oppfyllelse av myndighetskrav Virksomheten foretar jevnlige kartlegginger og har et system for identifisering av områder hvor det er fare for svikt i oppfyllelse av myndighets krav. Gjennomfører risikoanalyser for å avklare områder hvor det er størst fare for svikt. *<u>Merknad(gul):</u> Virksomheten har et bevisst forhold til områder hvor det er fare for svikt, men det er ikke foretatt kartlegginger/er ikke et system*	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

for kartlegginger av områder hvor det er fare for svikt	
2. Behovsvurdering	
2.1 Rutiner for behandling av henvendelser God behovsvurdering omfatter etablerte rutiner for førstegangskontakt med søker, ivaretakelse av eventuelle akutte behov, samt at det finnes rutiner for formidling og innhenting av nødvendig informasjon. *<u>Merknad(gul):</u> Virksomheten tar ikke skriftlig eller muntlig kontakt med alle søkere innen 7 dager. Dette anses som noe mangelfullt hos virksomheten*	Alle rutiner vil bli oppdatert fortløpende ihht krav om svar innen 7 dager, enten ved vedtak, vurderingsbesøk eller forvaltningsmelding**.** Revidert rutine gjøres kjent for ansatte
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. *<u>Merknad(gul):</u> Virksomheten har ikke et system for å innhente brukers synspunkter*	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.
3 Vedtak	
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. *<u>Merknad(gul):</u> Det finnes rutiner for klagesaksbehandling. Ansatte hevder at systematisk opplæring i klagesaksbehandling er noe mangelfull*	Det vil bli gjennomfør internopplæring av klagesaksbehandling for saksbehandlere. Det utarbeides lokal rutine for klagesaksbehandling knyttet opp mot sentral prosedyre fra HEV i Gerica.
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 1års varighet. Ved revurdering gjennomføres ny behovsvurdering og det tas	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.

jevnlig ut rapport over vedtak som "går ut på dato". *Merknad(rød): Vedtak om hjemmetjenester har vedtakstid over 1 års varighet. Det er krav om revurderinger minimum hver 6. måned*	(Se pkt. 1.1.3). Denne gjøres kjent for alle saksbehandlere

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 33/10 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**	**45/10**
Råd for funksjonshemmede	**08.06.10**	**33/10**
Bydelsutvalget	**14.06.10**	**108/10**

Tidligere vedtak i saken:

Vedtak fra tidligere behandling(er) mangler.

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 34/10 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**	**34/10**
Bydelsutvalget	**14.06.10**	**111/10**

Tidligere vedtak i saken:

Vedtak fra tidligere behandling(er) mangler.

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 35/10 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**	**48/10**
Råd for funksjonshemmede	**08.06.10**	**35/10**
Bydelsutvalget	**14.06.10**	**112/10**

Tidligere vedtak i saken:

Vedtak fra tidligere behandling(er) mangler.

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