



Oslo kommune  
Bydel St. Hanshaugen

Bydel St. Hanshaugen Sentralarkivet		
Uoff. §	12 MAI 2010	Avskv.
Sak 10/1058	Dok. 1	
Arkivkode	240.4	

## Tilsynsutvalgsrapport for Institusjoner mv

Institusjon: Cathinka Guldberg 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, Hans Petter de Fine og Kaveh Ataei

Tidspunkt for tilsynet: 20. april 2010 kl. 16:00

Tilsynets varighet: 1 time

Anmeldt eller uanmeldt tilsyn: Uanmeldt

Kontaktperson i institusjonen: -

Navn på personell som deltok under tilsynet: Ljuba

Eventuelle fokusområder for tilsynet: -

Eventuelle områder tilsynet ikke omfattet: Samtale med pårørende

Rapporten utarbeidet av (signatur og dato): Kaveh Ataei - 22. april 2010

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)

Tilsynsutvalget har et positivt inntrykk av institusjonen.

### 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)

Ikke spurt om denne gangen, men antar at det er som før.
<b>Tilsynsutvalget</b> (vet beboerne/pårørende hvem dette er, hvordan de kan kontaktes, og hva hensikten med utvalget er)  Bydelen har sendt liste over hjemmebaserte tjenester og ikke utvalget for institusjoner. Dette ønskes rettet opp. Den rette listen bør henges opp flere steder.
<b>Kontaktperson</b> (har alle beboere egen kontaktperson som også er kjent av verge/pårørende)  Ikke spurt om denne gangen, men antar at det er som før.
<b>Kvalitetsplan</b> (forefinnes en plan med målsetting, opplegg og tidsplan for den enkelte beboer og er denne også kjent av pårørende)  Ikke spurt om denne gangen, men antar at det er som før.
<b>Tilfredsstillelse av grunnleggende behov</b>  Vi får inntrykk av at institusjonen har gode rutiner på dette. De har bl.a. en kulturarbeider på 100%. <b>Følelse av verdighet og respekt</b> (føler beboeren at ens egenverdi, etniske bakgrunn og livssyn blir verdsatt og respektert, blir spørsmål og henvendelser besvart på en forklarende og tilfredsstillende måte)  Vi får inntrykk av at institusjonen har et profesjonelt forhold til dette.
<b>Brann, evakuering etc</b> (vet beboerne hva de skal gjøre ved brann, større ulykker, ved evakuering etc)  Institusjonen har gode rutiner på dette. Brannøvelser minst to ganger årlig. I tillegg er bygget moderne.
<b>Andre kommentarer fra beboerne</b> -

### Spesifikke tilsynsområder (rettet til personalet)

<b>Beboertilfredshet</b> (gjennomføres undersøkelser for måling av tilfredshet, hva var resultatene ved siste måling og hva er gjort for å følge opp der det var misnøye)  Ikke spurt om denne gangen, men antar at det er som før.
<b>System for Internkontroll*</b>  Ikke spurt om denne gangen, men antar at det er som før.
<b>Oversikt over lover, forskrifter og retningslinjer</b> (forefinnes dette, hvordan sikres at aktuelle lover etc er til stede og blir etterlevd)  Den overordnede er ansvarlig for å informere de vedkommende har ansvar for.
<b>Personalforhold</b> (hvordan sikres at det er tilstrekkelig personell til å ivareta beboernes behov, rett kompetanse, opplæring etc)  Ikke spurt om denne gangen, men antar at det er som før.
<b>Lokaler, utstyr etc</b> (er dette tilstrekkelig og i samsvar med forholdene)  Dette virker tilfredsstillende. Institusjonen har også rutiner for smittevernberedskap.
<b>Bruk av tvang</b> (hvilke rutiner finnes ang bruk av tvang, er de kjent og blir etterlevd)

Ikke spurt om denne gangen, men antar at det er som før
<p><b>Beboernes økonomiske midler</b> ( hvilke rutiner eksisterer som sikrer forsvarlig håndtering av beboernes økonomiske forhold)</p> <p>Ikke spurt om denne gangen, men antar at det er som før.</p>
<p><b>Rutiner ved brann, katastrofer etc</b> (hvilke rutiner forefinnes, er disse kjent, når var det øvelse sist)</p> <p>Brannøvelser minst to ganger i året.</p>
<p><b>Legetilsyn</b> (er det ordnede rutiner for helsetilsyn og oppfølging av beboerne )</p> <p>Institusjonen har legetilbud på 150% (50% skal i permisjon).</p>
<p><b>Andre kommentarer</b></p> <p>Tilsynsutvalget merket seg at et journalskap i 3. etasje sto ulåst med nøkkel i skapdøren. Dette ble tatt opp på stedet og feilen ble lovet utbedret umiddelbart.</p>

\*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

## Tilsynsutvalgsrapport for Institusjoner mv

### Institusjon: St. Hanshaugen Omsorgssenter

#### 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: 21. april 2010 kl. 17:30

Tilsynets varighet:

Anmeldt eller uanmeldt tilsyn: Uanmeldt

Kontaktperson i institusjonen:

Navn på personell som deltok under tilsynet:

Eventuelle fokusområder for tilsynet:

Eventuelle områder tilsynet ikke omfattet:

Rapporten utarbeidet av (signatur og dato):

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)

- Vedkommende vi kom i kontakt med hadde ikke tid til å snakke med oss. Vi var der på ettermiddagen og prioriterte hennes mulighet til å gjøre jobben sin over vår mulighet til å føre tilsyn. Dette er i ettetid tatt opp med ledelsen på institusjonen. De er bedt om å opplyse personalet om tilsynsutvalgets arbeid på en bedre måte i fremtiden. Vi oppfattet det ikke som kritikkverdig at vedkommende vi snakket med ikke hadde tid til oss på daværende tidspunkt.

**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)

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

**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

- Mulighet til å ivareta sin egenomsorg
- Fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, variert kosthold og rimelig valgfrihet
- Tilpasset hjelp under måltidene, nok tid og ro til å spise
- Ivaretagelse av personlig hygiene, tannhygiene og naturlige funksjoner (toalett)

- Hjelp til av- og påkledning
- Mest mulig normal døgnrytme, unngåelse av unødvendig sengeopphold
- Skjermet privatliv, muligheter for samvær, sosial kontakt, fellesskap og deltakelse i aktiviteter
- Er det tilstrekkelig med aktiviteter
- Nødvendig medisinsk pleie og oppfølging tilpasset den enkeltes tilstand
- Andre forhold i forbindelse med grunnleggende behov
- Får de et forsvarlig opptreningsopplegg

**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)

<b>Brann, evakuering etc</b> (vet beboerne hva de skal gjøre ved brann, større ulykker, ved evakuering etc)
<b>Andre kommentarer fra beboerne</b>

### 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\***

- 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

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

<p><b>Personalforhold</b> (hvordan sikres at det er tilstrekkelig personell til å ivareta beboernes behov, rett kompetanse, opplæring etc)</p>
<p><b>Lokaler, utstyr etc</b> (er dette tilstrekkelig og i samsvar med forholdene)</p>
<p><b>Bruk av tvang</b> (hvilke rutiner finnes ang bruk av tvang, er de kjent og blir etterlevd)</p>
<p><b>Beboernes økonomiske midler</b> ( hvilke rutiner eksisterer som sikrer forsvarlig håndtering av beboernes økonomiske forhold)</p>
<p><b>Rutiner ved brann, katastrofer etc</b> (hvilke rutiner forefinnes, er disse kjent, når var det øvelse sist)</p>
<p><b>Legetilsyn</b> (er det ordnede rutiner for helsetilsyn og oppfølging av beboerne )</p>
<p><b>Andre kommentarer</b></p>

\*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

## Tilsynsutvalgsrapport for Institusjoner mv

### Institusjon: Jødisk bo- og omsorgssenter

#### 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: 21. april 2010

Tilsynets varighet: 1 time

Anmeldt eller uanmeldt tilsyn: Uanmeldt

Kontaktperson i institusjonen:

Navn på personell som deltok under tilsynet: Synne

Eventuelle fokusområder for tilsynet:

Eventuelle områder tilsynet ikke omfattet:

Rapporten utarbeidet av (signatur og dato): Kaveh Ataei, 22. april 2010

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)

Tilsynsutvalget har et positivt inntrykk av institusjonen etter besøket.

## 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)

Riktig liste var hengt opp.

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

Virker 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

Alle har enkeltrom. Institusjonen legger til rette for frisør, fotpleie, bingo, DVD- og barkvelder. Måltidene er tilpasset beboerne der det er mulig. Felles middag hver dag.

**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)

Institusjonen legger opp til at beboerne får leve i samsvar med sin religiøse overbevisning.

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

Nytt alarmsystem er installert.

**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)

Ledelsen har god kontakt med de pårørende.

**System for Internkontroll\***

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

Daglig leder er ansvarlig for videreformidling av nye lover o.l.

<p><b>Personalforhold</b> (hvordan sikres at det er tilstrekkelig personell til å ivareta beboernes behov, rett kompetanse, opplæring etc)</p> <p>De ansatte trives og det er lite turnover.</p>
<p><b>Lokaler, utstyr etc</b> (er dette tilstrekkelig og i samsvar med forholdene)</p> <p>-</p>
<p><b>Bruk av tvang</b> (hvilke rutiner finnes ang bruk av tvang, er de kjent og blir etterlevd)</p> <p>-</p>
<p><b>Beboernes økonomiske midler</b> ( hvilke rutiner eksisterer som sikrer forsvarlig håndtering av beboernes økonomiske forhold)</p> <p>-</p>
<p><b>Rutiner ved brann, katastrofer etc</b> (hvilke rutiner forefinnes, er disse kjent, når var det øvelse sist)</p> <p>Gjevnlige øvelser gjennomføres</p>
<p><b>Legetilsyn</b> (er det ordnede rutiner for helsetilsyn og oppfølging av beboerne )</p> <p>Institusjonen har 2,5t legebesøk daglig. Tannhelsen ivaretas på St. Hanshjemmet.</p>
<p><b>Andre kommentarer</b></p>

\*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)