



Oslo kommune  
Bydel Østernsjø  
Bydelsadministrasjonen

**Vedleggshefte**

Møte: Bydelsutvalget  
Møtested: Bølerlia 2  
Møtetid: mandag 20. mars 2006 kl. 18.30  
Sekretariat: 23 43 85 89

Saksnr	Sakstittel- Dokumentbeskrivelse	Dokumentnr
Sak 41 /06	Årsmelding 2005 for Bydel Østernsjø	200500175-10
	- Årsmelding 2005	
Sak 45 /06	Organisasjonsmessig endring Avdeling barn og unge	200600190-1
	- Organisasjonsmessig endring Avdeling barn og unge	
Sak 46 /06	Innspill til prosjekter - Kulturbydel Østernsjø	200400622-25
	- Søknad om støtte til foredrag og utstilling	
	- Søknad om støtte til premiefest	
Sak 47 /06	Bydelspriser	200400622-26
	- Forslag statutter bydelspris	
	- Forslag statutter ungdomspris	
Sak 53 /06	Høring - Boligutvikling i stasjonsnære områder i Oslo	200600164-2
	- Høring - boligutvikling i stasjonsnære områder	
Sak 54 /06	Intensjonsavtale Østernsjø bo- og servicesenter	200600183-2
	- Intensjonsavtale Østernsjø bo- og servicesenter	

Sak 55 /06	Revisjonsrapport for Oppsalhjemmet	200501189-6
	- Revisjonsrapport for Oppsalhjemmet	
Sak 56 /06	Rapport fra anmeldt tilsyn ved Østensjø bo- og servicesenter den 31.01.2006	200600130-3
	- Rapport fra anmeldt møte ved Østensjø bo- og servicesenter 31.01.06	
Sak 57 /06	Rapport fra anmeldt tilsyn ved Manglerudhjemmet den 16.02.2006	200600130-4
	- Rapport fra anmeldt møte ved Manglerudhjemmet 16.02.2006	



Oslo kommune  
**Kultur- og idrettsetaten**

Deichmanske bibliotek, Oppsal filial

Bydel Østensjø  
Tommy Grotterød  
PB. 157 Manglerud  
0612 OSLO

OSLO KOMMUNE	
BYDEL ØSTENSJØ	
25 JAN 2006	
S.NR. 200600097-1	UO
AVD.	AK 855
SAKSBEH.:	

Dato: 18.01.06

Deres ref:

Vår ref (saksnr):

Saksbeh:

Arkivkode:

200600097-1

Kari Ravnaas, 22 76 12 60

### SØKNAD OM STØTTE TIL FOREDRAG OG UTSTILLING

Deichmanske bibliotek, Oppsal og Bøler filialer, ønsker i samarbeid med Østensjø historielag å lage en utstilling med foredrag om advokat Hermansen.

I kraft av sin særegenhet og helt spesielle stil, ble han en byoriginal, kjent over hele Oslo. Svært mange i Bydel Bøler – nå Bydel Østensjø, kjente advokat Hermansen som bodde på Bøler fra 1963 til han døde i 1993.

Advokat Hermansen vakte så mye oppmerksomhet at det ble laget en bildebok med fotografier og sitater om han. Det ble også laget en utstilling med fotografier på Bøler filial. Utstillingen er dessverre gått tapt, men boka finnes både på Bøler og Oppsal filialer.

Vi synes det er på tide å minnes advokat Hermansen og ønsker derfor å samle inn informasjon fra de som kjente han. Vi ønsker å ha et åpent møte med foredrag og utstilling som kan presenteres på både Bøler og Oppsal filialer. Samtidig ønsker vi å presentere både foredraget og utstillingen på internett og i Østensjø lokalhistoriske bildebase. Fotograf Harald Medbøe, som utga boka, har sagt seg villig til å lage en ny utstilling for oss. Han vil også at alle hans bilder av Hermansen blir tilgjengelig i Østensjø lokalhistoriske bildebase.

I tilknytning til dette ønsker vi å søke midler fra Kulturbydel Østensjø

Komplett ferdig utstilling med rammer (4 bilder/8 collager)	kr 25.000.-
Markedsføring, informasjon og administrasjon Oppsal/Bøler filialer	kr 4.000.-
Innsamling av stoff til foredrag	kr 0.-
Foredragsholder(e)	kr 0.-

Total søknadssum: kr 29.000.-



Kultur- og idrettsetaten  
Deichmanske bibliotek,  
Oppsal filial

Postadresse:  
Postboks 1453, Vika

Postnummer 0116 OSLO  
E-post: karir@deichman.no

Telefon: 22 76 12 60  
Telefaks: 22 76 12 69

Org.nr: 987 546 433  
Bankkonto 6004.06.37047

Besøksadresse:  
Vetlandsveien 99-101

Foredraget og utstillingen presenteres tirsdag 4.april kl 19.00 på Bøler filial.  
Utstillingen blir stående på Bøler til sommeren 2006.

Utstillingen vil så være på plass på Oppsal filial fra august og vil bli stående ut oktober 2006.  
Onsdag 13. september kl 19.00 vil det bli holdt et foredrag om Hermansen.

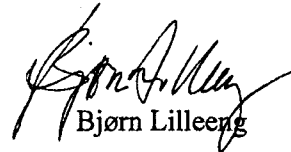
Både foredraget og utstillingen vil bli til odell å eie for Deichmanske bibliotek ved Bøler og Oppsal filialer.

Deichmanske Bibliotek



Kari Ravnaas

Østensjø historielag



Bjørn Lilleeng

Kopi til: Østensjø historielag



Oslo kommune  
**Kultur- og idrettsetaten**  
Deichmanske bibliotek, Oppsal filial

OSLO KOMMUNE	
BYDEL ØSTENSJØ	
26 JAN 2006	
S.NR. 200400692-2	UO
AVD.	
SAKSBEH.	AK 809

Kulturbydel Østensjø  
v. Hallgeir Thorbjørnsen

Dato: 18.01.06

**SØKNAD OM ØKONOMISK STØTTE TIL PREMIEREFEST «SVEIN OG ROTTA»  
VED DEICHMANSKE BIBLIOTEK, OPPSAL FILIAL**

Filmen «Svein og rotta» er tatt opp på Østensjø skole og skal etter planen ha premiere 3. mars. Bøkene om Svein og rotta er kjempepopulære, og forfatteren bor her på Oppsal. Derfor synes vi det var på plass med en «premierfest» på biblioteket på Oppsal. Her har vi anledning til å fokusere på både film og bøker. I tillegg til bøkene om Svein og rotta, har vi kinotek. Vi ønsker også å vise klipp fra filmen.

Marit Nicolaisen, forfatteren av bøkene, har sagt ja til å stille opp på premierifesten. Hun er engasjert for å snakke om bøkene sine, men hun vil også ta med seg de to små kjæledyrene sine. Hun vil snakke om bøkene og rotter og hvordan bøker kan bli film. Det vil bli en feiring av filmen. Vi ønsker å invitere 5.klassene i de fire skolene våre. Etter Norsk forfattersentrums satser, bør vi tilby henne kr 1680,- (enkeltime for større grupper). Skal vi nå alle skolene, vil dette tilsammen koste ca kr. 7000 for fire grupper.

Vi søker derfor bydelen om støtte for halve summen, altså kr. 3.500,-.

Med hilsen  
Kari Ravnaas  
Avdelingsleder  
Deichmanske bibliotek, Bøler og Oppsal filialer



Kultur- og idrettsetaten  
Deichmanske bibliotek,  
Oppsal filial

Postadresse:  
Postboks 65 Oppsal  
0685 OSLO  
E-post: oppsal@deichman.no

Telefon: 22 76 12 60  
Telefaks: 22 76 12 69

Org.nr: 987 546 433  
Bankkonto 6004.06.37047

Besøksadresse:  
Vetlandsvn. 99-101



## STATUTTER FOR BYDELSPRIS

### § 1

Formålet med Østensjø Bydels kulturpris er å stimulere kulturlivet i bydelen og være en oppmuntring til lokalt engasjement, nyskaping og ekstraordinær innsats.

### § 2

Kulturprisen tildeles enkeltpersoner eller lag/organisasjoner som over lengre tid har gjort en vesentlig innsats for bydelens lokale kulturliv gjennom frivillig innsats og engasjement, eller har markert seg positivt gjennom kulturaktivitet i bydelen.

### § 3

Forslag kan fremmes av enkeltpersoner, lag og foreninger, kulturinstitusjoner m.fl.

### § 4

Jury på 3 personer, utpekt av bydelsutvikling, miljø- og kulturkomiteen, vurderer aktuelle kandidater og fremmer forslag til bydelsutvikling, miljø- og kulturkomiteen, som innstiller overfor bydelsutvalget.

### § 5

Forslag til kandidater skal begrunnes og meldes skriftlig til sekretariatet for Kulturbydel Østensjø.

Forslag sendes: Bydel Østensjø  
Postboks 157 Manglerud  
0612 Oslo



## FORSLAG TIL STATUTTER FOR UNGDOMSPRIS

### § 1

Formålet med ungdomsprisen er å stimulere kulturlivet i bydelen og være en oppmuntring til lokalt engasjement, nyskaping og ekstraordinær innsats.

### § 2

Kulturprisen tildeles enkeltpersoner eller lag/organisasjoner som over lengre tid har gjort en vesentlig innsats for bydelens lokale kulturliv gjennom frivillig innsats og engasjement, eller har markert seg positivt gjennom kulturaktivitet i bydelen.

### § 3

Forslag kan fremmes av enkeltpersoner, lag og foreninger, kulturinstitusjoner m.fl.

### § 4

Ungdomsrådet vurderer aktuelle kandidater og fatter vedtak i saken.

### § 5

Forslag til kandidater skal begrunnes og meldes skriftlig til ungdomsrådet.

Forslag sendes: Bydel Østensjø v. Ungdomsrådet  
Postboks 157 Manglerud  
0612 Oslo



Oslo kommune  
Plan- og bygningsetaten  
Avdeling for Byutvikling

OSLO KOMMUNE	
BYDEL ØSTENSJØ	
22 FEB 2006	
S.NR. 0600164-1	UC
AVD. H	AR 514
SAKSBEH.	

adressater i henhold til vedlagte liste

Dato: 21 FEB. 2006

Deres ref:

Vår ref (saksnr): 200401807-3  
Oppgis alltid ved henvendelse

Saksbeh: Jan Medbø

Arkivkode: 514

## BOLIGUTVIKLING I STASJONSNÆRE OMRÅDER I OSLO

Plan- og bygningsetaten oversender med dette rapporten *Boligutvikling i stasjonsnære områder i Oslo* til begrenset høring i bydelene som kan ha synspunkter i saken. Eventuelle bemerkninger må være Plan- og bygningsetaten i hende innen onsdag 22. mars 2006.

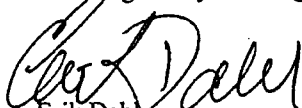
Rapporten er ledd i Plan- og bygningsetatens oppfølging av arealbruksstrategien i Kommuneplan 2000 og Kommuneplan 2004 der ett av flere tiltak for å legge til rette for veksten i Osloregionen, er å legge noe av denne veksten til stasjonsnære områder. Bystyrets vedtak inneholder et punkt som omhandler dette:

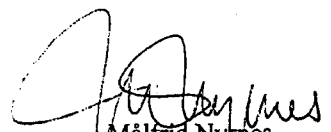
*"Byrådet legger frem en vurdering av hvilke stasjonsnære arealer som bør utpekes som nye boligområder, til hvilken type boliger og med hvilken grad av utnyttning. I vurderingen skal bruk av virkemidler for gjennomføring av en eventuell utbygging i de ulike områdene inngå. Ensjøbyen skal være blant de områdene som vurderes, med sikte på mulig bymessig utvikling knyttet til stasjonene Ensjø og Hasle".*

Rapporten skal danne en del av beslutningsgrunnlaget for kommunens strategi for utvikling av byens stasjonsnære områder. Rapporten skal, sammen med utredningen *Flerkjerneutvikling; Om strategier for byutvikling rundt større knutepunkt i Oslo* (høringsutkast oktober 2004), fortettingsstrategier og løpende planlegging, bygge opp under en bærekraftig arealutvikling i Oslo.

Det understrekes at dette dokumentet ikke er en plan, men en videreføring av KP 2004 og et mellomledd mellom denne og påfølgende mulighetsanalyser og detaljplaner.

PLAN- OG BYGNINGSETATEN  
Avdeling for Byutvikling

  
Erik Dahl  
avdelingsdirektør

  
Målfrid Nyrnes  
avdelingsenhetsleder



Plan- og bygningsetaten  
Avdeling for Byutvikling  
Overordnet plan  
Internett:  
www.pbe.oslo.kommune.no

Besøksadresse:  
Vahls gate 1, 0187 Oslo  
Postadresse:  
Boks 364 Sentrum,  
0102 Oslo

Sentralbord: 02 180  
Kundesenter: 23 49 10 00  
Telefaks: 23 49 10 01  
E-post: postmottak@  
pbe.oslo.kommune.no

Bankgiro:  
6003.05.58920  
Organisasjonsnummer:  
971 040 823 MVA



**Adresseliste**

Byrådsavdeling for byutvikling, Oslo rådhus, 0037 Oslo
<b>Bydeler:</b>
Bydelsadm. i Bydel Gamle Oslo, Postboks 9406 Grønland, 0135 Oslo, INTERNPOST
Bydelsadm. i Bydel Günerløkka, Markveien 57, 0550 Oslo, INTERNPOST
Bydelsadm. i Bydel Sagene, Postboks 4200 Nydalen, 0401 Oslo, INTERNPOST
Bydelsadm. i Bydel St Hanshaugen, Akersbakken 27, 0130 Oslo, INTERNPOST
Bydelsadm. i Bydel Frogner, Postboks 2400 Solli, 0201 Oslo, INTERNPOST
Bydelsadm. i Bydel Ullern, Postboks 43 Skøyen, 0212 Oslo INTERNPOST
Bydelsadm. i Bydel Vestre Aker, Postboks 59 Røa, 0701 Oslo INTERNPOST
Bydelsadm. i Bydel Nordre Aker, Nydalsveien 33, 0484 Oslo, INTERNPOST
Bydelsadm. i Bydel Bjerke, Erich Morgensøns v. 38, 0594 Oslo, INTERNPOST
Bydelsadm. i Bydel Grorud, Ammerudveien 22, 0958 Oslo, INTERNPOST
Bydelsadm. i Bydel Stovner, Karl Fossumvei 30, 0985 Oslo, INTERNPOST
Bydelsadm. i Bydel Alna, Postboks 116 Furuset, 1001 Oslo INTERNPOST
Bydelsadm. i Bydel Østernsjø, Ryensvingen 1, 0680 Oslo, INTERNPOST
Bydelsadm. i Bydel Nordstrand, Ekebergveien 243, 1166 Oslo, INTERNPOST
Bydelsadm. i Bydel Søndre Nordstrand, Postboks 180 Holmlia, 1203 Oslo, INTERNPOST

# INTENSJONSAVTALE

MELLOM

BYDEL ØSTENSJØ

OG

OMSORGSBYGG OSLO KF

---

Det er i dag inngått avtale om utredning/forprosjekt på følgende eiendom:

## 1 EIENDOM

Adresse : Traktorveien 7  
Gnr.148 Bnr. 372i Oslo kommune

## 2 BAKGRUNN

Bydel Østensjø leier ovennevnte eiendom av Omsorgsbygg. Arealet er på totalt 1 150 m<sup>2</sup>.

### *Mål/redegjørelse:*

Sykehjemmet skal ombygges/rehabiliteres. 16 sykehjemsplasser med tilhørende fellesrom skal rehabiliteres etter Husbankens retningslinjer. Det forutsettes at bydelen selv bekoster og anskaffer ev. nytt løst inventar i bygget. Nødvendig ytre vedlikehold vil inngå i prosjektet. Vurdering av utomhusarealer (begrenset til eksisterende tomteareal) gjøres i samarbeid med bydelen.

Oslo kommune har tilsagn om oppstartstilskudd og kompensasjonstilskudd. Dette forplikter kommunen til å drive sykehjemmet i 20 år.

## 3 GENERELT

Ombyggingen/rehabiliteringen skal gjennomføres i samarbeid med Bydel Østensjø slik at bydelen kan påvirke løsninger i den første fase.

Etter at forprosjektet er gjennomført og kostnadene og prosjektets innhold er ytterligere klarlagt, skal begge parter ha anledning til å revurdere prosjektet.

Gjennomføringstiden antas å være ca. 2 år, med ferdigstillelse innen 31.12.2007. Bindende frister fastsettes før byggevedtak.

## 4 HUSLEIE OG LEIEKONTRAKT

Begge parter har som intensjon en ombygging som er økonomisk forsvarlig og der bydelen kan tilbys å leie til en pris som er konkurransedyktige i markedet.

Partene skal før prosjektet igangsettes fremforhandle og signere en leieavtale basert på 20 års leietid.

## 5 FORDELING AV KOSTNADER

Dersom prosjektet ikke gjennomføres, eller det stoppes før byggestart, skal påløpte prosjekteringskostnader deles likt mellom partene. Beløpet begrenses oppad til kr. 250 000,- for bydelen.

Dersom prosjektet blir gjennomført skal de påløpte prosjekteringskostnadene inngå i de totale prosjektkostnadene.

## 6 VEDLEGG

Følgende er en del av denne avtalen:

- Foreløpig fremdriftsplan.

## 7 BEKREFTELSE PÅ ENIGHET

Denne intensjonsavtalen er utstedt i 2 eksemplarer som skal signeres av begge parter.

## 8 UNDERSKRIFT


Oslo, \_\_\_\_\_

Oslo, 27.02.2006

*Oslo kommune v/Omsorgsbygg*

*Oslo kommune v/Bydel Østern*

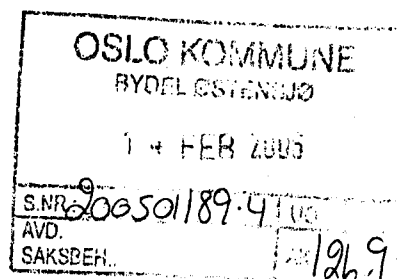
\_\_\_\_\_  
Jan-Egil Clausen  
adm. direktør

  
\_\_\_\_\_  
Tove Stien  
bydelsdirektør



Oslo kommune

Bydel Østensjø  
Bydelsadministrasjonen  
P.b. 157 Manglerud  
Ryensvingen 1  
0612 OSLO



Deres ref:

Vår ref (saksnr):

Saksbeh: EHG

Dato: 13.02.2006

Arkivkode: 126.9


## REVISJONSRAPPORT FOR OPPSALHJEMMET

Vedlagt følger Revisjonsrapport for Oppsalhjemmet med vedlegg (til sammen 10 stk.), etter revisjon gjennomført på oppdrag for Bydel Østensjø i januar 2006. Revisjonen ble gjennomført 09.01 – 17.01.

Første utkast av rapporten ble sendt Oppsalhjemmet 31.01.06 for evt. korleksjon av faktafeil og eventuelle åpenbare misforståelser, med frist for tilbakemelding til revisor innen 10.02.06. Kopi ble sendt bydelen samme dato.

Den endelige rapporten er nå klar, og oversendes bydelen som avtalt

Med hilsen

  
Elin Holter Grundt

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester  
Seksjon for helse- og omsorgstjenester (HOT)  
elin.holter.grundt@radhuset.oslo.kommune.no  
Telefon: 23 46 19 63  
Mobli: 975 16 520  
Telefax: 23 46 14 18

**REVISJONSRAPPORT  
FOR OPPSALHJEMMET**

**JANUAR2006**

## Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	2
Rapport fra kvalitetsrevisjon på OPPSALHJEMMET .....	3
09.01.2006 – 17.01.2006 .....	3
1 Oppsalhjemmet.....	3
1.1 Bakgrunn og rammebetingelser	3
1.2 Organisering	3
1.3 Bemanning	3
1.4 Tilbudet	3
2 Kvalitetsrevisjon.....	4
2.1 Bakgrunn	4
2.2 Revisjonsansvarlige	4
2.3 Oppdraget med avgrensninger og revisjonskriterier	4
2.4 Gjennomgang	5
2.5 Faktaopplysninger	5
2.6 Kvalitetskravene	5
3 Konkrete funn (resultater) .....	5
3.1 Uttalelser fra beboere/pårørende	5
3.2 Uttalelser fra ansatte	6
3.3 Observasjoner	6
3.4 Forbedringer i h.h.t. revisjonsrapport fra 2003	7
4 Avvik.....	8
5 Vurderinger og konklusjon.....	9
5.1 Struktur	9
5.2 Prosess	10
5.3 Resultat	10
6 Konklusjon .....	11
7 Anbefalinger.....	11

# Rapport fra kvalitetsrevisjon på OPPSALHJEMMET

09.01.2006 – 17.01.2006.

## 1 Oppsalhjemmet

### 1.1 Bakgrunn og rammebetingelser

Oppsalhjemmet drives av Kommunal konkurranse Oslo KF (KKF). Foretaket er eid av Oslo kommune. KKF arbeider på kontrakt med Bydel Østensjø, og har gjennom bydelens politiske system, eget tilsynsutvalg.

Oppsalhjemmet forholder seg til kontrakt mellom KKF og Bydel Østensjø, som ett av sine overordnede styringsdokumenter. Virksomheten styres videre av KKF sitt overordnede kvalitetssystem, som gir retning for viktige forhold generelt for foretaket og dets virksomheter.

Virksomheten er underlagt samme lovverk og statlige retningslinjer som sykehjem i landet for øvrig, j.fr. "Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene". Se vedlegg 1.

Sykehjemmet er også underlagt sentrale føringer og overordnede krav til kvalitet og kvalitetsmålinger i sykehjem gjeldende for Oslo kommune, j.fr. bystyresak om "Nytt kvalitetsmålingssystem i sykehjem i Oslo", behandlet i møte 11.02.2004.

### 1.2 Organisering

Virksomheten/sykehjemmet er organisert i 5 avdelinger. Ansvarlig leder er avdelingsdirektør John-Eivind Jensen. Hver avdeling har egen ansvarlig avdelingsleder, som er delegert ansvar for budsjett, personal og økonomi for sin avdeling, gjennom virksomhetens delegasjons-system. En av avdelingslederne er gitt ansvar som stedfortreder for avdelingsdirektør.

### 1.3 Bemanning

Hver avdeling har egen bemanningsplan og turnus. Disse er godkjente og inngår i KKF sin kontrakt med Bydel Østensjø.

### 1.4 Tilbudet

Oppsalhjemmet har 153 sykehjemsplasser. Disse fordeler seg på 5 avdelinger, fordelt på 6 etg. Plassene er både ordinære langtidsplasser, korttidsplasser og plasser i egne enheter for demente.

Sykehjemmet mottar beboere fra i hovedsak Bydel Østensjø, gjennom bestillinger fra bydelens bestillerkontor. Hver beboer har enkeltvedtak for det tilbud han/hun skal motta.

Sykehjemmet gir tilbud om fysioterapi og ergoterapi, samt fotpleie og frisør. Legetjeneste og tannlegetilbud inngår også.

Det er dagsenter tilknyttet sykehjemmet, og felles kafeteria for beboere, pårørende og personale.

## **2 Kvalitetsrevisjon**

### **2.1 Bakgrunn**

Bystyret vedtok 11.02.2004 at det skulle gjennomføres årlige kvalitetsrevisjoner ved alle sykehjem i Oslo.

Det ble i juni 2003 gjennomført kvalitetsrevisjon ved Oppsalhjemmet, før sykehjemmet ble konkurranseutsatt, og KKF overtok driftansvaret. Se vedlegg 2.

Bydel Østensjø besluttet høsten 2005 å gjennomføre ny kvalitetsrevisjon av sykehjemmet. Revisjonen ble berammet gjennomført januar 2006.

### **2.2 Revisjonsansvarlige**

Bydel Østensjø henvendte seg til Bydel Alna v/ Elin Holter Grundt, som ble leiet inn som revisor i forbindelse med kvalitetsrevisjonen av Oppsalhjemmet. Se vedlegg 3.

Revisor ble gitt ansvar for å lede revisjonsgruppen nedsatt av Bydel Østensjø, samt for å lede gjennomføringen av revisjonen.

### **2.3 Oppdraget med avgrensninger og revisjonskriterier**

Kvalitetsrevisjonen ble avgrenset til i hovedsak å utgjøre en ordinær kvalitetsrevisjon, for å verifisere at sykehjemmet under ledelse av KKF, drives slik at kravene og intensjonene i forskriften om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene og kravene til innhold i sykehjem/boform med heldøgns- pleie og omsorg, j.fr. Byrådssak 326 av 17.09.1998, imøtekommes på tilfredsstillende måte.

Revisjonen har også tatt utgangspunkt i revisjonsrapporten fra juni 2003 og resultatene fra brukerundersøkelsen gjort i 2004. Revisjonsrapporten følger i vedlegg 2.

Det er bl.a. på bakgrunn av forrige rapport og bydelens ønske om å sikre viktige forhold som berører kvaliteten for brukerne, fokusert også på enkeltforhold som er blitt utdypet nærmere:

- Kvalitetssystemet og hvordan det etterlevs i praksis
- Brukerdokumentasjon
- Informasjonsflyt internt, men også eksternt, som sikrer kvalitet for bruker
- Bemanningsavvik i forhold til turnus
- Opplæring av ansatte i forhold til kvalitetssystemet
- Hvordan sikres god språkforståelse mellom ansatte og brukere når ansatte ikke har norsk som morsmål
- Medikamenthåndteringen og praktisering av farmasøytisk tilsyn
- Prosedyrer ved feilmedisinering og feilbehandling

Forholdene er beskrevet konkret i bestillingen til revisor: *vedlegg 3*.

Revisjonen innbefatter ikke alle de forhold som inngår i overordnet Internkontrollforskrift, gjeldende for virksomheten helhetlig. Det må likevel påpekes at det alltid vil være "gråsoner" mellom forhold som omfattes av Internkontrollforskriften, og forhold som er avgrenset i Kvalitetsforskriften, og som derfor er viktige å få fram for å få synliggjort et helhetsbilde av tjenestenes kvalitet.

Kvalitetskriteriene, slik de er nedfelt i den statlige forskriften, og også utdypet i Oslo kommune, følger vedlagt. Se vedleggene 4, 5 og 6.

### **2.4 Gjennomføring**

Revisjonsgruppen følte seg svært godt mottatt. Ledere og ansatte på Oppsalhjemmet har bidratt på beste måte, for å framskaffe best mulig grunnlag i form av både fakta og opplysninger knyttet til virksomheten.



Revisjonen ble gjennomført i en god tone, hvor respekt for hverandres roller har dannet et godt fundament for den dialog og vurdering som har funnet sted.

## **2.5 Faktaopplysninger**

Revisjonen var varslet på forhånd. Se vedlegg 7.

Vedlagt følger også plan og agenda for gjennomføringen. Se vedlegg 8.

Arbeidet startet 09.01.2006, og ble avsluttet 17.01.2006.

Revisor ledet arbeidet, mens deltakerne i revisjonsgruppen var til stede enkeltvis i de respektive avdelingene, slik at det alltid var minimum to personer til stede ved gjennomføringen

Revisjonen ble gjennomført som planlagt uten forsinkelser eller uønskete hendelser.

Alle avdelingene var gjenstand for revisjon, gjennom samtaler med avdelingsleder og gjennomgang av tilgjengelig materiale/dokumentasjon knyttet til bemanning og beboere. I hver avdeling ble også både ansatte, beboere og pårørende (med noen få unntak) intervjuet, parallelt med at det ble gjort observasjoner i avdelingene.

Totalt er 10 beboere, 4 pårørende, 14 ansatte, 6 avdelingsledere og 1 avdelingsdirektør intervjuet.

Det har vært viktig kun å intervju klare beboere, for å få fram mest mulig korrekte opplysninger. Demente beboere er derfor holdt utenfor direkte samtale.

## **2.6 Kvalitetsskravene**

Både de statlige og kommunale kvalitetskrav/kriterier som har ligget til grunn for revisjonen, følger som nevnt vedlagt. Disse har dannet grunnlaget for intervjuene.

Revisjonsgruppen har stilt spørsmål knyttet til hva både ledelse og ansatte gjør konkret for å sikre at beboere og pårørende mottar ytelse som møter disse kvalitetskravene.

Det er i hovedsak skilt mellom forhold som berører struktur, prosess og resultat.

## **3 Konkrete funn (resultater)**

Revisjonsgruppen skiller mellom subjektive og objektive funn. Subjektive funn er utsagn og uttalelser som er kommet fram i samtaler/intervju. Objektive funn er konkrete observasjoner.

Det sier seg selv at man ikke kan gjengi alt som blir sagt gjennom flere dager, ei heller gjengi alt man ser og observerer. Listene som følger i det nedenfor stående er derfor ikke uttømmende. De gir imidlertid et representativt bilde av hvordan tjenester og tilbud oppleves, altså hvordan "resultatet" for brukerne er. Og observasjonene gir, som ett element, et bidrag til grunnlaget for revisjonsgruppens konklusjoner.

Det understrekes at funnene baserer seg på det som er "hørt og sett". Dette innebærer at det på prinsipielt grunnlag kan være sider av driften som ikke ble avdekket i denne formen for revisjon.

### **3.1 Uttalelser fra beboere/pårørende**

- Jeg har det godt her
- Maten er god, selv om kanskje litt lite variasjon. Ikke valgfrihet.
- Noen av pleierne er flinke, andre mindre flinke, til å snakke med oss beboere
- Litt lange dager, ønsker mer ut, ha noen å snakke med som er klare når du er klar selv
- Kjenner ikke til at jeg har vedtak eller kvalitetsplan
- Vil gjerne være på Oppsalhjemmet, de er snille der

- Føler at jeg respekteres (flere sier dette)
- Vet navnet på primærkontakt og sekundærkontakt
- Får velge selv det meste
- Får god støtte som pårørende
- Blir ivaretatt som pårørende
- Har vært med på å utarbeide kvalitetsplanen, men ikke revisjon av den
- God kontakt med og støtte for pårørende, vi blir hørt
- God informasjon for pårørende
- Litt vanskelig å få snakke med fysioterapeuten

### 3.2 Uttalelser fra ansatte

- Vernerunder gjennomføres systematisk.
- Ledelsen er mer nærværende nå
- Klart definerte roller og ansvar, og det er bra
- Bedre struktur og system nå, etter at KKF overtok
- Lite kopper og tallerkener på huset
- Jevnlig veiing av beboere
- Blir hørt av ledelsen
- Ikke blitt verre enn det var, ikke dårligere med folk, ting satt mer i system, bedre struktur
- Får bra informasjon om smitte (dette var aktuelt i en avdeling)
- Har plan for arbeidet på renhold
- Ønskelig at beboerne kunne komme mer ut (fra mange), og at det var mer tid til å være sammen med dem, og ikke bare gjøre konkrete pleieoppgaver, snakke med dem (mange)
- Aktivitørene lever "sitt eget liv" i f.h.t. helheten, Liten samhandling med pleiepersonalet.
- Systematisk bruk av personalmøter til informasjon og diskusjon av faglige forhold (avd.leders og ansattes uttalelser)

### 3.3 Observasjoner

- Kvalitetssystem(perm) i hver avdeling
- God dokumentasjon om forhold som berører både brukere, pårørende og ansatte. Dokumentasjon skjer i hovedsak i papirversjoner. Mange permer for dette. Følges likevel godt opp, i all hovedsak. Det kvitteres i all hovedsak for dokumentasjon. Samme dokumentasjonsform i alle avdelinger, like skjema og rutiner.
- Synes å være god oversikt over de enkelte beboeres situasjon hos leder og ansatte
- Kvalitetsplan og pleieplan for alle. Kvalitetsplan revideres jevnlig.
- Kvalitetsplanen utarbeides i hovedsak i samarbeid med bruker/pårørende (avd.leders uttalelse)
- God rutine og mal for førstegangs/innkomstsamtale
- Medarbeidersamtaler gjennomføres i h.h.t. felles mal. Behov for opplæring og kompetanseheving kartlegges.
- Opplæring er satt i system, for både vikarer, ufaglærte og andre. Bruker mye egne ressurser til opplæring.
- Ansatte viser, så langt vi kan se, gode holdninger over for beboere og pårørende
- Stemningen synes rolig og åpen, og ikke oppkavet.
- Beboerne virket i all hovedsak rolige og velstelte. Noen få unntak ble observert, som knyttet seg til klare årsakssammenhenger, og var gjenstand for oppmerksomhet fra pleiepersonalet (noen beboere vil for eksempel ikke stelles el.lign.)
- Har overordnede retningslinjer for smittevern og hygiene
- Nytt ringesignalssystem i 7.etg. og 2.etg.
- Aktiviteter er synliggjort med program for hele huset for hver uke.

- Stillingsbeskrivelser for alle stillinger
- Tydelig delegasjonsreglement og delegasjoner
- Idéperm for aktiviteter finnes i alle avdelinger. Noen avdelinger dokumenterer hvilke beboere som deltar i hvilke aktiviteter.
- Beboerne veies regelmessig og ved behov (avd.leders uttalelse)
- En-del utstyr i gangene, mangler lagerplass
- Jevnlig samarbeid med bestillerkontoret i f.h.t. beboere på korttidsopphold. Gericas brukes for oppsummering for korttidsopphold mot bestillerkontoret (avd.leders uttalelse).
- Ikke tilfredsstillende luft, særlig i en av avdelingene. I denne avdelingen var luften "på grensen til å være akseptabel" og oppleves som vond lukt. Luften synes litt innestengt også i de andre avdelingene, med unntak av i de nyoppussete avdelingene O2 og O3. (Vi er oppmerksomme på at lufting kan være vanskelig å få gjort om vinteren).
- Ansatte og ledelse benytter i hovedsak begrepet "pasient". Begrepene "bruker eller beboer" nyttes svært lite eller ikke i det hele tatt.
- Ansatte som ble spurt kjente ikke/i liten grad til Oslo kommunes kvalitetskrav, men kjente til KKF sin kvalitetshåndbok. De hadde imidlertid liten detaljkunnskap om hva som sto nedfelt i permene.

#### 3.4 Forbedringer i h.h.t. revisjonsrapport fra 2003.

Revisjonsrapporten fra siste revisjon, gjennomført i januar 2003, før sykehjemmet ble konkurranseutsatt, følger i vedlegg 2.

Rapporten ga et helhetsbilde av en virksomhet som var preget av mange mangler og ikke tilfredsstillende forhold, både for daglig drift og overordnet styring. Revisjonsgruppen har gjennomgått og vurdert viktige forhold som var påpekt som mangelfulle eller som konkrete avvik i 2003. I det følgende er våre funn og vurderinger påpekt, ut fra de forbedringer som er har funnet sted.

- Det er langt færre problemer knyttet til språkforståelse. Det har vært økt bevissthet for dette ved rekruttering og ansettelser, særlig for ekstravakter.
- Sykefraværet er redusert, i snitt rundt vel 11%. Det er særlig fokus på psykososiale forhold i avdelingene, og sykefraværet er viet mye oppmerksomhet. Arbeidsmiljøet virker tilfredsstillende.
- Det er rutiner for ansettelse og opplæring av ekstravakter
- Sjekklister for nyansatte nyttes i praksis; ansatte må kvittere
- Dokumentasjonen rundt brukere er systematisert og helhetlig, og det kvitteres med dato og initialer, i all hovedsak.
- Kvalitetsplaner er oppdaterte, og alle beboere har slike.
- Ansatte virker engasjerte og positive, og uttrykker at de har det bra etter at KKF overtok driftsansvaret
- Det er systematisert opplæring, både for fast ansatte og vikarer
- Det er høy bevissthet hos ledelsen i f.h.t. å sikre at ekstravakter har nødvendig kompetanse.
- Det er god fagdekning gjennom de hjemler som er definerte. Likevel må sykepleiere av og til dekke opp for to avdelinger, fordi det kan være vanskelig å skaffe vikarer med denne kompetansen.
- Medarbeidersamtaler gjennomføres systematisk, og opplæringsbehov kartlegges. Behov for opplæring følges opp; flere ufaglærte har bl.a gjennomført fagutdanning.
- Aktivitet på huset synliggjøres godt. Det er plan for hvert halvår.
- Det gis informasjon om sykehjemmet helhetlig ved egen brosjyre, og det gis skriftlig informasjon om hver avdeling, for nye beboere og pårørende.

- Sykehjemmet har to faste leger, som "alle skryter av". Kontakten mellom legen og pårørende er systematisert. Tilbud om samtale fast en gang pr. år, og ellers ved behov.
- Det avholdes fellesmøter for pårørende to ganger pr. år i tillegg.
- Maten er tilfredsstillende, og sjekkes rutinemessig m.h.t. temperatur.
- Renholdet virker tilfredsstillende, og egne planer utarbeides, med kvitteringslister for gjennomførte oppdrag. Likevel har noen etasjer "lukt" som sannsynligvis "sitter i veggene".
- Rutiner for legemiddelhåndtering er utarbeidet i samarbeid med tilsynsfarmasøyt, og alle avdelinger benytter nå samme system for oppbevaring, kvittering og utdeling av medisiner
- Alle ansatte har navneskilt
- Det er få klager og mishagsyttringer. Dersom de kommer behandles de i h.h.t. retningslinjer som er nedfelt.
- Det er et overordnet kvalitetssystem for virksomheten
- Resultater fra brukerundersøkelsen er tatt opp på felles personalmøte, og lagt til grunn for forbedringsarbeid.

#### 4 Avvik

Gjennomgangen har vist relativt få konkrete avvik sett i f.h.t. kvalitetskravene.

Avvikene er likevel viktige å bemerke. Dette bl.a. fordi Oppsalhjemmet ved KKF må forholde seg konkret til dem, og iverksette tiltak for å lukke dem.

Selv om et enkelt avvik kan vise seg å være unntak fra den vanlige praksis, kan uheldig praksis også forekomme. Betydningen av å grundig vurdere hva som er realiteten, framheves fordi konsekvensene av avvikene generelt kan være uheldige for beboerens både trivsel og helse.

Det er nedfelt avvik også til de forhold som er påpekt som viktige å belyse i avsnitt 2.3, og ikke bare avvik knyttet til kvalitetsforskriften.

Avvikene nevnes punktvis uten at det ligger noen form for rangering i dette:

- Det foreligger ikke egne skriftlige årsplaner for virksomheten. Det finnes andre styringsdokumenter, så som årsbudsjett og årlige delegasjonsbrev. Ledernes ansvar for hva som skal leveres framkommer tydelig, bl.a. knyttet til at "brukertilfredsheten skal være minst 80%". KKF forholder seg også til overordnede styringsdokumenter som nevnt i avsnitt 1.1.  
Revisjonsgruppen påpeker likevel at årsplaner med tydelige satsninger og prioriteringer ikke forefinnes, da KKF sitt kvalitetssystem gir retningslinjer for at dette er ønskelig.
- Flere overordnede dokumenter i kvalitetssystemet, er ikke reviderte og oppdaterte i h.h.t. nye føringer og retningslinjer fra Oslo kommune. Uppreis dokumentasjon av overordnede føringer.
- Geric (fagprogram som i h.h.t. kontrakten skal nyttes for dokumentasjon) brukes ikke i h.h.t. intensjonene. To avdelinger skriver imidlertid pleie-/tiltaksplaner inn i Geric (dette er positivt). Legen skriver sine journalnotater direkte inn. Brudd på krav til dokumentasjon slik de foreligger i Oslo kommune, og derigjennom er innlemmet i kontrakten mellom KKF og Bydel Østernsjø.
- Medisin/tabletter ble rapportert funnet i en beboers tøfler og i blomsterpotte.  
(Revisjonsgruppen er klar over at enkeltbrukere kan "lure personalet". Imidlertid er det et entydig krav om oppfølging av dette for den enkelte bruker, og nettopp derfor særlig viktig at det følges opp spesielt over for brukere som kan komme til "å lure personalet".)  
Brudd på retningslinjer for medikamenthåndtering.

- Tabletter ble observert stående på nattbord hos flere beboere. Brudd på retningslinjer for medikamenthåndtering
- Bruk av sengehester og manglende dokumentasjon av dette i journal, med godkjenning fra lege og den som representerer bruker. Brudd på regelverk om bruk av makt og tvang.
- Stikkprøve i fire journaler viste utilfredsstillende forhold vedrørende dokumentasjon og struktur i én av dem. Kan i en akutt situasjon skape problemer i f.h.t å framskaffe nødvendig informasjon raskt nok.
- Ansatte synes lite kjent med innholdet i Kvalitetssystemet; har lite eller ikke noe eierforhold til det. De er kjent med at kvalitetspermen er i avdelingen, og at den kan nyttes som oppslagsverk, men bruker den lite. Noen ansatte bruker den ikke i det hele tatt. Dette til tross for at alle som nyansatte må kvittere for at de har gjort seg kjent med innholdet i permene. Mangelfull oppfølging av overordnede føringer og krav til kvalitet.
- Ansatte synes å ha relativt lite bevisst og uttalt kjenneskap til de formelle kvalitetskrav som er nedfelt av Oslo kommune. I praksis er både ledelse og ansatte opptatt av innholdet i kravene, og tilstreber å etterleve dem. Mangelfull oppfølging av overordnede føringer og krav til kvalitet.
- Avvik bemanning er registret ved gjennomgang av turnus og ukeplan for avdeling O-3, O-5 og O-6 Se vedlegg 10. Manglende oppfyllelse i f.h.t. godkjent bemanningsplan.

## 5 Vurderinger og konklusjon

Oslo kommune har i sak om "Kvalitet og kvalitetsmåling i sykehjem" redegjort for viktige forhold som bygger opp under begrepet kvalitet. Det skilles bl.a. mellom forhold som berører struktur, forhold som berører prosess, samt det endelige resultat slik det kan oppleves av mottaker av tjenesten.

Revisjonsgruppen har som følge av dette gjort sine vurderinger og trukket sine hovedkonklusjoner opp mot denne inndelingen.

### 5.1 Struktur

Oppsalhjemmet har strukturert og har satt i system forhold som legger til rette for å kunne yte en kvalitativt god tjeneste til sine beboere, på en meget god måte. Det kan nevnes:

- Ledelsen er konsistent og tydelig
- Det er tydelige overordnede prosedyrer, føringer og retningslinjer for økonomi- og personaloppfølging
- Det er nedfelt tydelig overordnet visjon, idégrunnlag og målsetting, som videreføres i det daglige av ledelsen.
- Ledelsen er dynamisk, og fanger opp viktige forhold, bl.a. knyttet til det å ta tak i resultater fra kvalitetsmålinger og brukerundersøkelser, avvik og mangler, fortløpende.
- Ledelsen er nærværende, og gir ansatte trygghet i hverdagen. Den fungerer som en felles enhet.
- Det er systematisert arbeid med dokumentasjon, medikamenthåndtering, arbeidsmiljø, HMS, brannvern, avviksregistreringer for driftsforhold, oppfølging av beboere og pårørende.
- Bemanningen er "sårbar" mellom kl. 15.30 og 17.30, og en periode før nattevaktene kommer. Er den for lav i disse periodene?

### 5.2 Prosess

Oppsalhjemmet har nedfelt mange gode prosedyrer for overordnede prosesser, som er viktige å følge opp også i det daglige.

- Kvalitetssystemet viser til et sett av overordnede prosedyrer som er nedfelt skriftlig.

- Det er aktiv bruk av personalmøter, med referatføring og oppfølging, til å sikre informasjonsflyt og at tjenesten utøves i h.h.t. de føringer som er lagt, i bla. KKF sitt eget kvalitetssystem og statlige kvalitetskriterier.
- Rapporteringer internt og eksternt er sikret gjennom egne prosedyrer
- Personaloppfølgingen er bra.

Revisjonsgruppen har vektlagt betydningen av de prosesser som skjer i den direkte samhandlingen med beboerne. Det er i dette møtet at kvaliteten, slik beboerne opplever den, synliggjør seg best. Disse prosessene, som ofte vil være svært avhengige av de holdninger og den kompetanse ansatte innehar, kan operasjonaliseres og brytes ned til ikke bare faglige prosedyrer, men til "slik gjør vi det her hos oss". Kvalitetssikring av disse forhold er viktig, og noen forhold bør nedfelles skriftlig, som retningsgivende for pleiepersonalet.

Det påpekes derfor:

- Det er ikke systematisk og bevisst internkontroll for å sikre at den direkte brukerkontakten/behandling og oppfølging er tilfredsstillende, selv om avdelingslederne i praksis følger sitt personale godt opp.
- Dokumentasjonen på internkontrollen i f.h.t. noen av de mer konkrete overordnede kvalitetskravene som er nedfelte i statlige og kommunale styringsdokumenter synliggjøres imidlertid gjennom oppfølgingslister for ulike kriterier. Revisjonsgruppen fikk likevel ikke inntrykk av at bevisstheten om at denne oppfølgingen hørte med til kvalitetssikringsoppfølgingen, var åpenbar.
- Det er relativt få operasjonaliserte rutiner i avdelingene, og ansatte synes i liten grad bevisste på dette.
- Det registreres ikke skriftlige avvik for manglende oppfyllelse av kvalitetskravene, på lik linje med avvik for driftsforhold.

### 5.3 Resultat

Oppsalhjemmet har utviklet sin organisasjon på en meget god måte, slik at den er i stand til å yte kvalitetsmessig tilfredsstillende tjenester.

- Objektive kvalitetskriterier registreres i h.h.t. retningslinjer nedsatt for alle sykehjem i Oslo.
- Resultatene viser at Oppsalhjemmet befinner seg på et gjennomsnitt for Oslo, med hensyn til antall trykksår, antall fallulykker, andel beboere med inkontinens, andel beboere med kontrakturer.

Der Oppsalhjemmet har vist tendenser til høy score, er det gjort bevisst innsats for å forebygge at hendelsene oppstår. Det kan nevnes at det legges vekt på riktig ernæring for å forebygge benskjørhet, knyttet til å unngå brudd ved fall. Det gjøres øvelser med beboere som er utsatt for kontrakturer.

- Det er særlig arbeidet med resultater fra brukerundersøkelsen (denne er nå to år gammel) og resultater fra målinger av objektive kvalitetsindikatorer (pålagt registrering for alle sykehjem i Oslo). Områder hvor sykehjemmet fikk lav score er satt i focus, og det er arbeidet systematisk for å få til forbedringer for disse områdene. Forbedringer er gjort innenfor alle disse områdene. Se avsnitt 3.4.
- Beboere og pårørende uttrykker tilfredshet med tilbudet ved revisjonsbesøket.
- Ansatte mener selv de yter en god tjeneste, særlig ved at de i det daglige følger bevisst opp at beboerne får dekket sine grunnleggende behov.
- Innholdet og kvaliteten på tjenestene synes gjennomgående tilfredsstillende, til tross for dokumenterte avvik. Se avsnitt 4. Avvikene knytter seg i hovedsak til oppfølging og dokumentasjon for oppfølging av de konkrete kvalitetskravene som er nedfelt i

overordnede styringsdokumenter. Det som omfattes av strukturelle og overordnede metodiske forhold, er godt dokumentert.

## 6 Konklusjon

Oppsalhjemmet oppfyller i all hovedsak kravene fra kvalitetsforskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten og kravene fra bystyret til innhold i sykehjem/boform med heldøgns pleie- og omsorg.

Ansatte og ledelse ved Oppsalhjemmet har arbeidet målrettet og bevisst for å forbedre de forhold som er bemerket i revisjonsrapporten fra 2003. De har i stor grad lyktes med å utvikle en institusjon som setter forbedringer i fokus, og systematisk bygget opp en organisasjon preget av orden og system.

Oppsalhjemmet har derfor godt tak på de strukturelle forholdene ved sin virksomhet, og prosesser som er viktige at fungerer for at strukturen og systemet skal opprettholdes som ønsket.

Beboerne får også i all hovedsak en tilfredsstillende oppfølging i f.h.t. helse og pleie- og omsorg.

Imidlertid har revisjonen identifisert forhold som kan være avvik i forhold til andre viktige områder. Det kan nevnes brudd på retningslinjer for medikamenthåndtering eller brudd på regelverk om bruk av makt og tvang.

Revisjonsgruppen synes som tidligere nevnt at ansatte synes å ha lite eierforhold og konkret, bevisst kunnskap om overordnede kvalitetskriterier og kvalitetskrav fra både KKF og Oslo kommune. Selv om de i praksis utviser gode holdninger og utøver sin tjeneste på god måte, kan de bevisstgjøres i større grad på "hva dette innebærer for oss i vår hverdag". De overordnede kvalitetskriterier og kvalitetskrav bør operasjonaliseres ytterligere, og det bør nedfelles mer konkrete, operasjonaliserte rutiner for flere forhold som berører den direkte omsorgen. Dette vil kunne bidra til at lederne sikrer at ansatte utøver den daglige omsorgen og behandlingen på forsvarlig og ønskelig måte.

Med andre ord: at kvalitetssystemet etterlevs i praksis, og ikke minst: kvaliteten på tjenesten er kontinuerlig gjenstand for vurdering og evaluering, og evt. forbedring.


## 7 Anbefalinger

- Oppsalhjemmet må snarest mulig iverksette tiltak som lukker de avvik som er nedfelt i avsnitt 4.
- Det må settes av tilstrekkelig ressurser slik at Gericas tas i bruk helhetlig for bruker-dokumentasjon. Det ligger en fare for feilkilder når man har mange steder å føre inn dokumentasjon. Gericas skal være det fagsystem som skal brukes for pleie- og omsorgstjenester i Oslo kommune, og det anbefales å lage egen plan for når annen form for dokumentasjon skal avsluttes og all dokumentasjon legges inn i Gericas.
- Oppsalhjemmet anbefales å arbeide videre med forhold beskrevet under p. 6. Det anbefales også å benytte konkrete årsplaner for arbeid både med struktur- og prosessforhold. Til tross for den tydelige ledelse som er vist til nå, og de tydelige overordnede føringene som har ligget til grunn for den positive utviklingen, er revisjonsgruppen av den formening at videre arbeid bør synliggjøres med mer konkret plan for prioriteringer og framdrift for gjennomføring av prioriterte tiltak. Det bør bl.a. utarbeides mål også for forbedringsarbeid, j.fr. "forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenestene §4 bokstav a. Se vedlegg 9.

- Slik gruppen ser det kan resultatledelse og dynamisk tilnærming kamuflere mindre synlige områder, og kanskje særlig de områder som er mer "vanskelige" å dokumentere, så som for eksempel oppnådd kvalitet. Det er viktig også å få fram andre forhold enn brukertilfredshet alene, som er det som i hovedsak måles systematisk gjennom tilfredshetsundersøkelsene i Oslo kommune.
- Hver avdeling anbefales også å arbeide med hvordan de kan få lagt til rette for kontinuerlig kvalitetsforbedring, gjennom bevisstgjøring, dokumentasjon av avvik for kvalitet, og gode rutiner for prosesser som sikrer kvalitet på tjenesten.

Oslo 12.02.2006

På vegne av revisjonsgruppen

  
Elin Holter Grundt  
revisor



BYDEL ØSTENSJØ

TILSYNSUTVALG II

OSLO KOMMUNE	
BYDEL ØSTENSJØ	
14 FEB 2006	
S.NR. 200600130-1	UO
AVD.	AK 2104
SAKSBEH.	

RAPPORT FRA MØTE I TILSYNSUTVALGET ANMELDT MØTE

**Institusjon:** Østensjø bo-og servicesenter **Møtedato:** Tirsdag 31.1.2006 **Tid:** kl. 18.00-19.40

**Til stede fra tilsynsutvalget:**

Knut Elgsaas, leder  
Kjell Emil Granå  
Aage Nygaard for Inger Haagaas

**Til stede varamedlemmer:**

Edna Thomassen  
Marit Stakvik Jørgensen til kl.18.45

**Forfall:** Inger Haagaas

**Til stede fra institusjonen:**

Fung. leder Anny Marie Karlsen  
Avd. sykepleier Kjersti Aamodt

**1. Oppfølging av rapporter 27.11.05 og 27.9.05**

a. Personell som ikke behersker norsk

Senteret tenker å innføre en "fadderordning" for ansatte som ikke behersker norsk godt nok.

b. GERICA

Gerica er nå på plass. Åtte ansatte har gått på kurs. En del av de ansatte har begynt å bruke systemet. Det ble nevnt at Gerica kan være et hjelpemiddel i norskopplæringen.

c. Aktivitetsgruppe

Aktivitetsgruppe som ble varslet i september, kommer nå i gang. En ergoterapeut vil samarbeide med gruppa.

d. Matstell

Det er like mange feil i leveringene fra den nye leverandøren som fra den gamle. Menyen er bra, men det skjer ofte at alt som er bestilt ikke er med i de enkelte pakningene. Feilene er meldt tilbake til leverandør. Det skal avholdes møte sammen med Manglerudhjemmet og leverandør om saken.

**2. Ombygging av senteret**

Det er utarbeidet kostnadsoverslag. Senteret har fått opplyst at intensjonsavtale snart er klar.

**Merknad:**

Utvalget vil be om å opplyst om det foreligger nærmere opplysninger om ombyggingsprosjektet, og om når ombyggingen antas startet.

**3. Personalsituasjonen**

a. Sykefravær

Statistikk for 2005 foreligger nå. Fraværet var på 14,4% i 2005. Egenmeldte fravær var på 2,5%. En viktig årsak til høyt totalt fravær var sykemeldinger i forbindelse med graviditet.

**b. Omgjøring av stillinger**

Senteret ønsker å omgjøre 2 hjelpepleierstillinger til 2 sykepleiestillinger. I dag dekker hjemmesykepleien behov for sykepleier om natten. Senteret ønsker å dekke dette behovet med egne ansatte. Årsaken er at beboerne er blitt sykere.

**c. Lege**

Senteret har fått et bedre legetilbud med en lege i 15%-stilling. Denne legen er i en 65%-stilling på Abildsø.

**4. Befaring av lokalene****a. Oppfølging av tidligere merknader**

Badene var vasket ned. Det var anskaffet lamper slik at det vil bli bedre lys i beboerrommene. Forheng er opphengt foran garderobeskap uten dører.

**b. Rampe foran utgangsdør Nord**

Det er en høy terskel fra gangen og ut. I terskelen er det et spjeld som ikke lar seg sperre. Det strømmer derfor uønsket kald luft inn i gangen. Det er tungt og det tar tid å få en rullestol over terskelen. Døren er rømningsvei ved brann eller ulykker.

**Merknad:**

Utvalget tilrår at det lages en rampe som kan legges foran terskelen. Den vil også fungere som sperre for innstrømning av uønsket kald luft.

**c. Skilt**

Skilt med påskriften Manglerud Nevro hjem bør skiftes. Det gjelder parkeringsskilt og retningskilt. Det bør også være et skilt ved inngangsdøren med påskrift Østensjø bo-og servicesenter.

**5. Samtale med beboer**

Utvalget hadde en samtale med en beboer som nettopp hadde fått fast plass. Hun var godt fornøyd med senteret og hadde vært der på korttidsopphold tidligere.

Østensjø, 31.1.2006

Knut Elgsaas(s)  
Leder av utvalget

Aage Nygaard(s)

Edna Thomassen(s)

Kjell Emil Granå(s)

Marit Stakvik Jørgensen(s)

SAK 57/06

OSLO KOMMUNE

BYDEL ØSTENSJØ

2 / FEB 2006

S.NR.	20060130-2	UO
AVD.		
SAKSBEH.		20.4

BYDEL ØSTENSJØ

## TILSYNSUTVALG II

### RAPPORT FRA MØTE I TILSYNSUTVALGET ANMELDT MØTE

**Institusjon:** Manglerudhjemmet    **Møtedato:** Torsdag 16.2.2006    **Tid:** kl. 18.00- 19.30

**Til stede fra tilsynsutvalget:**

Knut Elgsaas, leder  
Inger Haagaas til kl.19.00  
Kjell Emil Granå

**Til stede fra institusjonen:**

Institusjonssjef June Strøm  
Pleieassistent Patrick Rollian Sontchou

#### 1. Gjennomgang av rapport av 13.10.05

##### 1. Plan for indre vedlikehold

I saksframlegg fra administrasjonen ble det opplyst at Manglerudhjemmet inngår i bydelens totale vedlikeholdsplan, og at driftsavdelingen følger opp planen. Institusjonssjefen opplyste at hun ikke hadde sett en slik plan, og at hun heller ikke var bedt om å melde inn behov som grunnlag for en plan.

**Merknad:**

Utvalget ber om å få opplyst om når en vedlikeholdsplan vil foreligge.

##### 2. Hjelpemidler

Ergoterapeuten går nå gjennom Manglerudhjemmets hjelpemidler og utarbeider en prioriteringsliste over hjelpemidler som bør anskaffes.

#### 2. Gjennomgang av rapport av 3.12.05

##### 1. Brukerundersøkelsen 2006

Spørreskjema er sendt noen av beboerne. Alle pårørende til de øvrige beboere har fått tilsendt spørreskjema.

##### 2. Demotiverende sparing.

Institusjonssjefen opplyste at det ikke var problemer med å skaffe nødvendige ingredienser til baking eller lørdagskos. Det må bare meldes fra om behov i rimelig tid. Det er nå laget en egen liste over lørdags- søndagskos på de enkelte poster.

##### 3. Aktivitetstilbudet

Budsjettet for innkjøp av utstyr og ting til bruk i ulike aktiviteter er det samme i 2006 som i 2005. Det henger ukeplaner i alle etasjer over aktivitetstilbudet.

**Merknad:**

Manglerudhjemmet burde ha hatt en aktivitør. Beboergruppen på Manglerudhjemmet, de fleste fysisk oppegående demente, ville ha hatt stor glede og utbytte av tilbudet fra en aktivitør.

#### 4. Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem

Utvalget har mottatt en rapport fra 2005 utarbeidet av Helse- og velferdsetaten om objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem i Oslo kommune. Rapporten inneholder bl.a. en oversikt over forekomst av trykksår, urininkontinens, kontrakturer og fall på Oslos sykehjem i en uke i 2005. Utvalget gikk gjennom tallene for Manglerudhjemmet sammen med institusjonssjefen. Etter denne gjennomgangen har utvalget ikke noe å bemerke til resultatene fra Manglerudhjemmet.

#### **Merknad:**

Utvalget foreslår at bydelsadministrasjonen utarbeider en analyse og redegjørelse om forekomsten av ulike indikatorer på bydelens sykehjem neste gang det legges fram en rapport om objektive kvalitetsindikatorer.

#### 3. Budsjett 2006

Institusjonssjefen opplyste at det var ingen reell økning i budsjett i forhold til 2005. Hun var godt fornøyd med at det heller ikke var noen kutt. Lønns- og prisstigning var kompensert. I følge rapport fra august 2005 er netto utgifter pr. vektet plass i 2004 på Manglerudhjemmet 528.000 pr. år, mens tilsvarende utgift på Oppsalhjemmet var 472.000 pr. år. Årsakene til høyere utgifter på Manglerudhjemmet er bl.a. at det er nødvendig med en nattevakt pr. etasje og at det er 14 beboere pr. etasje og ikke 16 beboere.

#### 4. Kvalitetsrevisjon

Bystyret vedtok i 2004 at det skulle gjennomføres årlig kvalitetsrevisjon på alle sykehjem i byen. Kvalitetsmålingssystemet skulle iverksettes fra 2004.

Institusjonssjefen opplyste at det ikke var gjennomført kvalitetsrevisjon i 2005.

#### **Merknad:**

Utvalget ber om få opplyst om det blir gjennomført kvalitetsrevisjon av Manglerudhjemmet i 2006.

#### 5. Oppbevaring av beboernes midler

Tilsynsutvalget skal etter reglementets § 6, strekpunkt 7, påse at institusjonen oppbevarer beboernes midler forsvarlig dersom tjenestestedene er gitt ansvar for det.

Reglene for slik oppbevaring er gitt i instruks fra byrådet i sak 1508/02.

Manglerudhjemmet har forvaltning for 4 beboere etter legevedtak. Midlene til 4-5 beboere er under frivillig forvaltning. Beboerregnskap føres i Gericca av sekretærene på hjemmet..

Regnskap for beboere med forvaltning etter legevedtak og for beboere med frivillig forvaltning legges fram for Kommunerevisjonen.

Midlene til beboerne oppbevares i safe.

#### **Merknad:**

Utvalget vil gå gjennom disse forhold under et møte der sekretærene er til stede.

#### 6. Omlegging av driften i desember

Omleggingen i desember 2005 til et hjem som bare skulle ha demente beboere ble en belastning på personalet. Det er nå ca. 8 alderspsykiatriske beboere på hjemmet.

Institusjonssjefen var godt fornøyd med den hjelp og støtte som Grønland distriktpsykiatriske senter(DPS) hadde gitt til hjemmet i forbindelse med omleggingen.

#### 7. Leger på hjemmet

Det er to leger som betjener Manglerudhjemmet, 1 dag hver, tirsdag og torsdag.

Institusjonssjefen var meget godt fornøyd med legenes arbeid.

## 8. Klager og mishagsytringer

Det er ikke innkommet noen klager eller mishagsytringer siden siste tilsyn.

## 9. Besøk i 4. etasje av Elgsaas og Granå

Vi snakket med Patrick Rollian Sontchou. Han er pleieassistent og har arbeidet på hjemmet siden 2003. Han går på hjelpepleieskole og følger bedriftsintern opplæring på Langerud s.h. Han var nå i 100% vikariat og arbeidet i vanlig turnus. Han kom fra Kamerun og hadde bodd 6 år i Norge. Han opplevde ingen problemer med å beherske norsk språk. Det var lett å føre en samtale med ham.

Han berømmet også støtten fra Grønland DPS. Det er utarbeidet et eget skjema der det brukes fargekoder for å følge opp enkelte alderspsykiatriske beboere. Skjemaet drøftes med Grønland DPS for å avgjøre hva slags tiltak som bør settes inn.

Beboerne fordeles slik at de som er mer klare plasseres i den ene avdelingen i etasjen.

På vinteren er det stort sett innendørsaktiviteter. Beboere og ansatte synger, leser høyt og spiller bingo. Patrick fikk også tid til å prate med beboerne. Det var ikke tid til å ta med beboere ut på tur. Men en av beboerne blir med Lions på tur en gang i uka.

Han savnet en DVD-spiller slik at de kunne vise gamle filmer fra Oslo og Norge. Han understreket at det var ønskelig med DVD-er med gamle norske sanger og musikk.

### Merknad:

Det var rolig og fredelig i begge avdelinger da vi var på besøk. Det må være en klar fordel for beboere og ansatte at etasjene er inndelt i to avdelinger med en stue og et kjøkken med spisebord i hver avdeling, og at det bare er 14 beboere til sammen i etasjen.

Utvalget vil bemerke at en slik planløsning må være mer fordelaktig enn den planløsning som for eksempel er på Oppsalhjemmet med en stor stue og kjøkken og spiserom for en etasje med opptil 30 beboere.

Østensjø, 16.2.2006

Knut Elgsaas(s)  
Leder av utvalget

Inger Haagaas(s)

Kjell Emil Granå(s)