

INSPEKTION AF SCT.ANNÆ HJEM ENDELIG RAPPORT



INSPEKTION AF SCT.ANNÆ HJEM ENDELIG RAPPORT

KØBENHAVNS KOMMUNE
SEPTEMBER 2010

INDHOLDSFORTEGNELSE

| | |
|--|----|
| 1. INDLEDNING | 8 |
| 2. GENERELT OM INSPEKTIONEN | 10 |
| BAGGRUNDEN FOR BORGERRÅDGIVERENS INSPEKTIONSVIRKSOMHED | 10 |
| FORLØB OG INDHOLD (METODE) | 10 |
| REAKTIONSMIDLER OG BEDØMMELSESGRUNDLAG | 12 |
| SKRIFTLIGE KILDER (MODTAGET DOKUMENTATION MV.) | 12 |
| 3. SAMMENFATNING | 13 |
| 4. GENERELT OM SCT. ANNÆ HJEM | 14 |
| 5. DE FYSISKE RAMMER | 16 |
| BYGNINGSMÆSSIGE RAMMER | 16 |
| FÆLLESAREALER | 16 |
| RENGØRING OG VEDLIGEHOLDELSE | 16 |
| VÆRELSESSTANDARD | 17 |
| SKÆRMEDE ENHEDER | 18 |
| RYGEPOLITIK | 18 |
| MISBRUGSPOLITIK | 20 |
| 6. PLEJE OG OMSORG MV. | 23 |
| MAGTANVENDELSE | 23 |
| PÆDAGOGISKE HANDLEPLANER | 23 |
| FORPLEJNING | 24 |
| NØDKALD | 24 |
| HANDICAPTILGÆNGELIGHED | 25 |
| OMGANGSTONE/OMGANGSFORM (KODEKS MV.) | 26 |
| ADGANG TIL LÆGEHJÆLP O.L. | 27 |
| MEDICIN | 27 |
| PERSONLIG PLEJE MV. | 27 |
| 7. MEDINDFLYDELSE OG BRUGERINDDRAGELSE | 29 |
| BEBOER- OG PÅRØRENDEINDFLYDELSE | 29 |
| 8. ØVRIGE TILBUD | 30 |
| BESKÆFTIGELSE OG FRITID | 30 |
| SOCIALFAGLIG VEJLEDNING OG BISTAND TIL BEBOERE | 30 |
| 9. ANDRE FORHOLD | 31 |
| HUSORDEN | 31 |
| SAMTALE MED BEBOERE | 31 |
| 10. KVALITETSSIKRING/DOKUMENTATION | 32 |
| 11. PERSONALEFORHOLD | 33 |
| REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE | 33 |
| BORGERRÅDGIVERENS KRITIKSKALA | 34 |

I. INDLEDNING

Denne rapport indeholder Borgerrådgiverens endelige vurderinger og bedømmelse i anledning af Borgerrådgiverens inspektion den 20. august 2008 af Sct. Annæ Hjem under Socialforvaltningen.

Rapporten har i en foreløbig udgave været sendt til forvaltningen med henblik på forvaltningens eventuelle bemærkninger til rapportens faktiske oplysninger.

Af årsager jeg ikke kan redegøre for, er forvaltningens bemærkninger til den foreløbige udgave af rapporten ikke modtaget eller registreret hos Borgerrådgiveren. Jeg skylder derfor at oplyse, at forvaltningens bemærkninger er sendt til Borgerrådgiveren den 6. november 2009.

Rapporten er inddelt i en generel del om Borgerrådgiverens generelle egen driftundersøgelser og denne undersøgelses metode mv. samt dokumentationsgrundlaget i kapitel 2 og en speciel del med beskrivelser, analyser og konklusioner vedrørende netop denne undersøgelse i kapitlerne 4 og frem.

Kapitel 3 indeholder et resumé, hvori de væsentligste forhold er gengivet.

Bagest er som bilag optrykt Borgerrådgiverens kritikskala.

Borgerrådgiveren den 29 september 2010

Johan Busse
borgerrådgiver

2. GENERELT OM INSPEKTIONEN

BAGGRUNDEN FOR BORGERRÅDGIVERENS INSPEKTIONSVIRKSOMHED

På mødet i Borgerrepræsentationen den 14. december 2006 blev det besluttet at udvide Borgerrådsgiverens kompetence fra 1. januar 2007 med adgang til at tage sager op til undersøgelse på eget initiativ (egen driftkompetence) (BR 565/06).

Beslutningen var en udmøntning af budgetaftalen for 2007 af 18. september 2006, hvori blandt andet følgende er anført:

”Uafhængigt tilsyn ved udvidelse af Borgerrådsgiverens kompetence

På baggrund af den fremførte kritik af forholdene på kommunale plejehjem ønsker parterne at sikre et uafhængigt tilsyn og behandling af klager over grove og væsentlige fejl på plejehjemsområdet og generelt i kommunen. Parterne er enige om pr. 1. januar 2007 at udvide Borgerrådsgiverens kompetence med en egen driftfunktion, således at borgerrådsgiveren – i lighed med Folketingets Ombudsmand – får adgang til at tage sager op af egen drift m.v.”

Udvidelsen indebærer adgang for Borgerrådsgiveren til at tage konkrete sager op på eget initiativ, når der må formodes at foreligge et principielt aspekt, eller såfremt der efter de foreliggende oplysninger må antages at være tale om grove eller væsentlige fejl. Endvidere indebærer den nye kompetence en adgang til at gennemføre generelle undersøgelser af udvalgte forvaltningsområder efter samråd med Borgerrådsgiverudvalget samt til som en stikprøvekontrol at foretage inspektion af institutioner eller virksomheder samt tjenestesteder, der hører under Borgerrepræsentationens virksomhed.

I beslutningsgrundlaget for udvidelsen af Borgerrådsgiverens kompetence med egen drift virksomhed var anført, at ”inspektionerne vil blive gennemført som en stikprøvekontrol i en dybtgående form med efterfølgende udarbejdelse af en inspektionsrapport. Værdien af inspektionsvirksomheden ligger dels i en grundig undersøgelse af udvalgte institutioner og lign., dels i opfølgningen og vejledningen konkret og generelt i den efterfølgende inspektionsrapport.”

Borgerrådsgiverudvalget og Borgerrådsgiveren drøftede den 7. marts 2008 en plan for udmøntningen af egen driftkompetencen i 2008. Den plan for egen driftprojekter, som Borgerrådsgiveren forelagde udvalget, var holdt i overskrifter og tidspunkter angivet i måneder. Valget af nærmere undersøgelsestemaer, undersøgelsesgenstand og den nærmere tilrettelæggelse er Borgerrådsgiverens, jf. nedenfor.

Borgerrådsgiverens generelle egen driftundersøgelser planlægges dels ud fra generelle kriterier som administrationsområdernes omfang, væsentlighed og betydning for borgerne samt repræsentativitet med henblik på at bidrage til generel vejledning, dels ud fra eventuelle konkrete indikationer på utilfredsstillende forhold.

Denne undersøgelsesrapport er en udmøntning af udvidelsen af Borgerrådsgiverens opgaver og drøftelsen i Borgerrådsgiverudvalget.

FORLØB OG INDHOLD (METODE)

Borgerrådsgiverens inspektioner indledes med en varsling af inspektionen over for inspektionsstedet (institutionen, plejehjemmet, bostedet mv.) samt af forvaltningens direktion og eventuelle øvrige interessenter (tilsynsenheder, bruger- pårørenderåd, ældreråd og lignende). Samtidigt med varslingen, som normalt sker 4-6 uger før selve inspektionen, beder Borgerrådsgiveren inspektionsstedet om ved opslag at gøre beboere og brugere opmærksom på inspektionen med henblik på, at disse kan få en samtale med Borgerrådsgiveren og hans medarbejdere under inspektionen.

Borgerrådgiveren oplyser forud for inspektionen om de temaer, som danner grundlag for inspektionen. Temaerne svarer til den indholdsmæssige del af indholdsfortegnelsen i denne rapport.

Nogle inspektioner vil være meget omfattende, mens andre vil være målrettede mod nærmere udvalgte forhold. Dette er forudsat ved udvidelsen af Borgerrådgiverens kompetence, hvor det var anført, at ”det vil være hensigtsmæssigt, at inspektionerne målrettes mod udvalgte temaer for at komme mere til bunds. Der kan f.eks. arbejdes med større inspektioner, der bredt omfatter relevante forhold, og mindre inspektioner, der omfatter færre forhold, som er udvalgt på baggrund af konkrete indikationer af behov for undersøgelse.” (BR 565/06)

Borgerrådgiveren beder samtidig om at modtage forskelligt baggrundsmateriale vedrørende inspektionsstedet så som kort, skitser eller bygningstegninger, vedligeholdelsesplaner, husordener og andre interne regler, beskrivelser af institutionen mv., retningslinjer for eventuelle bruger- og pårørenderåd eller lignende, værdigrundlag og lignende skriftligt materiale.

På inspektionsdagen afholdes møder med inspektionsstedets ledelse og medarbejderrepræsentanter samt møder med eventuelle bruger- og pårørenderåd og lignende, som måtte ønske det. Desuden afholdes møder med beboere og brugere, som har ytret ønske herom.

Borgerrådgiveren foretager desuden en rundgang på inspektionsstedet efter Borgerrådgiverens nærmere valg. Rundgangen danner baggrund for beskrivelsen og vurderingen af inspektionsstedets fysiske rammer.

I nogle tilfælde kan Borgerrådgiveren på selve inspektionsdagen anmode om at låne udvalgt sagsmateriale, f.eks. vedrørende magtanvendelse, plejeplaner, handleplaner eller lignende med henblik på en nærmere undersøgelse.

Selve inspektionen er således udgangspunktet for Borgerrådgiverens indsamling af visuelle indtryk og konstateringer samt faktuelle oplysninger om inspektionsstedet og mere personlige opfattelser fra beboere, brugere, pårørende og medarbejdere.

På baggrund af den informationsindsamling, som sker under selve inspektionen, udarbejder Borgerrådgiveren en foreløbig rapport, som sendes til forvaltningen med henblik på forvaltningens og inspektionsstedets eventuelle bemærkninger til rapportens faktiske oplysninger.

Den foreløbige rapport vil også indeholde de udtalelser (herunder kritik/henstilling), som Borgerrådgiveren forventer at fremkomme med, men disse har netop en foreløbig karakter, eftersom faktuelle oplysninger i rapporten kan korrigeres gennem forvaltningens bemærkninger. Forvaltningen informeres således allerede på dette tidspunkt om det forventede udfald af undersøgelsen.

Efter modtagelse af forvaltningens eventuelle bemærkninger, indarbejder Borgerrådgiveren forvaltningens bemærkninger til de faktiske forhold og foretager eventuelle ændringer i undersøgelsens konklusioner, som disse måtte give anledning til. Borgerrådgiveren udarbejder på denne baggrund den endelige rapport. Rapporten er stilet til den involverede forvaltning og inspektionsstedet.

I nogle tilfælde kan den endelige rapport indeholde uafklarede spørgsmål eller af andre grunde kræve en opfølgning, f.eks. fordi Borgerrådgiveren har bedt om underretning om, hvad en henstilling giver anledning til. I disse tilfælde vil den endelige rapport følges op af en (eller flere) opfølgingsrapport(er) indtil alle forhold i inspektionen er afklaret.

REAKTIONSMIDLER OG BEDØMMELSESGRUNDLAG

Borgerrådgiverens reaktionsmidler er de samme som Folketingets Ombudsmands reaktionsmidler. Borgerrådgiveren kan således udtale kritik og komme med henstillinger til forvaltningen. Kritik er udtryk for en faglig vurdering af, at regler og retningslinjer mv. ikke er overholdt.

Borgerrådgiveren kan henstille til forvaltningen at ændre procedurer eller lignende på et givent område.

Derudover kan Borgerrådgiveren påpege mere generelle problemstillinger i sin årsberetning, som afgives til Borgerrepræsentationen.

Borgerrådgiveren har i forbindelse med sin egen driftvirksomhed lagt sig fast på en sproglig skala for graduering af kritikens alvorlighed. Skalaen omfatter konstateringer af, at noget er uheldigt, konstateringer af begåede fejl, at noget er beklageligt, meget beklageligt, kritisabelt, meget kritisabelt eller stærkt kritisabelt. Skalaen med bemærkninger er optrykt som bilag til denne rapport.

Bedømmelsesgrundlaget for Borgerrådgiveren er det samme som Folketingets Ombudsmands, nemlig skreven ret (herunder love, bekendtgørelser, cirkulærer og vejledninger), god forvaltningsskik samt overordnede humane og medmenneskelige betragtninger. Hertil kommer Københavns Kommunes værdigrundlag, kommunikationspolitik og andre politisk vedtagne retningslinjer. Borgerrådgiveren bestræber sig desuden på at anvende samme målestok for sine vurderinger som Folketingets Ombudsmand.

Borgerrådgiverens opgave er at undersøge om kommunens forvaltninger og institutioner overholder gældende lovgivning, god forvaltningsskik, kommunens vedtagne politikker og beslutninger om serviceniveau og -standard. Borgerrådgiveren har således ikke særligt til opgave at fremkomme med ros eller lignende tilkendegivelser om positive forhold.

Borgerrådgiverens rapporter om egen drift undersøgelser vil derfor ikke indeholde ros (i hvert fald ikke i videre omfang), og læseren bør notere sig, at fraværet af ros ikke er ensbetydende med at Borgerrådgiveren alene har konstateret negative forhold i forbindelse med sin undersøgelse.

SKRIFTLIGE KILDER (MODTAGET DOKUMENTATION MV.)

I forbindelse med varslingen af denne inspektion bad Borgerrådgiveren Sct. Annæ Hjem om forskelligt baggrundsmateriale vedrørende inspektionsstedet så som kort, skitser eller bygningstegninger, vedligeholdelsesplaner, husordener og andre interne regler, beskrivelser af institutionen mv., retningslinjer for eventuelle bruger- og pårørenderåd eller lignende, værdigrundlag og lignende skriftligt materiale.

Borgerrådgiveren modtog i den anledning blandt andet følgende fra forvaltningen og Sct. Annæ Hjem:

- Husorden, gæstepolitik, misbrugs- og rygepolitik, regler for til- og fraflytning, interne regler mv.
- Diverse materiale som beskriver Sct. Annæ Hjem
- Værdigrundlag, personalepolitik, eksempel på pædagogisk handleplan mv.
- Retningslinier og vedtægter for bruger- pårørenderåd
- Tilsynsrapport fra februar 2008
- Embedslægens tilsynsrapport fra 2007
- Kopi af tre klagesager

3. SAMMENFATNING

Inspektionen af Sct. Annæ Hjem er et led i Borgerrådgiverens egen driftvirksomhed, hvorunder Borgerrådgiveren har adgang til stikprøvevis at foretage inspektioner af institutioner, virksomheder samt tjenestesteder under Borgerrepræsentationens virksomhed.

Formålet med Borgerrådgiverens inspektion af Sct. Annæ Hjem er at indsamle af oplysninger om inspektionsstedet med henblik på at kunne konstatere eventuelle forhold, der måtte give anledning til kritik.

Som anført i det foregående afsnit er inspektionen således udgangspunktet for Borgerrådgiverens indsamling af oplysninger, dels i form af visuelle indtryk og konstateringer, herunder i forbindelse med rundgangen på stedet, og dels i form af faktuelle oplysninger om inspektionsstedet og mere personlige opfattelser fra beboere, brugere, pårørende og medarbejdere.

Min inspektion af Sct. Annæ Hjem har givet mig anledning til bemærkninger i relation til de fysiske rammer.

I forhold til rengøring og vedligeholdelse har jeg blandt andet udtalt, at det er uhensigtsmæssigt at linoleumsbelægningen flere steder på trappeopgangen er nedslidt, hvilket vanskeliggør en grundig rengøring af trappearealet. Socialforvaltningen og bostedet har taget skridt til at rette op herpå.

I relation til rengøringsstandarder på beboerværelser har jeg noteret, at ledelsen og medarbejderne er opmærksomme herpå og tilskynder beboerne til at rydde op og gøre rent og om nødvendigt vil tage initiativ til at sikre en forsvarlig rengøringsstandard.

Jeg har videre udtalt, at jeg finder det uhensigtsmæssigt, at Sct. Annæ Hjem ikke har en løbende vedligeholdelsesplan henset til bygningsmassen alder, og at bygningen og interiør flere steder fremstår nedslidt. Jeg har videre anbefalet Sct. Annæ Hjem at undersøge muligheden for at udarbejde en sådan plan. Socialforvaltningen og bostedet har taget skridt til at rette op herpå.

En beboers værelsesstørrelse på ca. 15 kvadratmeter gav mig blandt andet anledning til at udtale, at værelsesstørrelsen efter min opfattelse ikke tillader en tilstrækkelig grad af individuel udfoldelse, og jeg har videre udtalt, at jeg finder værelsesstørrelsen utidssvarende set i lyset af beboergruppen og formålene med opholdet. Jeg har i en forbindelse noteret mig, at forvaltningens moderniseringsplan indeholder krav om en større værelsesstørrelse, for så vidt angår nyetablerede botilbud.

Jeg har endeligt udtalt, at jeg finder det uheldigt, at beboere på inspektionstidspunktet ikke kunne tilbydes faciliteter, som muliggjorde opsætning af køleskabe på alle værelser for de beboere, som ønsker dette og selv vil/kan betale for det, henset til at det er et delformål med opholdet, at beboeren skal nærme sig en normalisering af deres boligsituation. Socialforvaltningen og bostedet har taget skridt til at rette op herpå.

Min inspektion af Sct. Annæ Hjem har ikke givet mig anledning til at udtale en egentlig kritik af forholdene.

4. GENERELT OM SCT.ANNÆ HJEM

Sct. Annæ Hjem har postadresse på Skipper Clemens Alle 13, 2300 København S og er beliggende i et villakvarter. Sct. Annæ Hjem blev etableret den 1. januar 2001 som et midlertidigt bosted for psykisk syge og består af en villa og et større rødt murstenshus, som er bygget sammen. Bostedet deler administrativt personale og ledelse med det socialpsykiatriske botræningssted Sundbyhus. Der er på Sct. Annæ Hjem personaledekning i tidsrummet fra klokken 8.30 til 22.30 på hverdage og i weekenden fra klokken 13.00 til 22.00

Sct. Annæ Hjem har plads til 21 beboere. Boligerne blev oprettet i henhold til den dagældende lov om social service § 93, stk. 1 nu lov om social service § 107, (lov nr. 979 af 1. oktober 2008 med senere ændringer).

Lov om social service § 107 har følgende ordlyd:

”Stk. 1. Kommunalbestyrelsen kan tilbyde midlertidigt ophold i boformer til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde midlertidigt ophold i boformer

- 1) til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller for pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte, og
- 2) til personer med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, der har behov for pleje eller behandling, og som på grund af disse vanskeligheder ikke kan klare sig uden støtte.”

Sct. Annæ Hjems beboermålgruppe består af voksne psykisk syge, fortrinsvis diagnosticeret skizofrene, som har brug for stabile og trygge rammer gennem et botilbud af en vis varighed, eller som har været botrænet med henblik på egen bolig, men har brug for en overgangsfase med pædagogisk støtte og vejledning. En typisk beboer på Sct. Annæ Hjem kommer fra hospitalspsykiatrien eller andet botilbud, men kan også komme fra eget hjem. Beboergruppen kan også omfatte personer, der har modtaget en behandlingsdom. Beboerne har ofte et alkohol- eller stofmisbrug, og det er endvidere karakteristisk for denne gruppe at de har haft vanskeligheder ved at udnytte sociale og sundhedsmæssige tilbud.

Forud for inspektionen modtog jeg en kopi af Sct. Annæ Hjems programerklæring om vision, mission og værdigrundlag. Denne er fælles med blandt andet botræningsstedet Sundbyhus. Værdigrundlag mv. er skriftligt uddybet og sammenholdt med blandt andet teoretiske og praktiske overvejelser vedrørende værdigrundlagets gennemførelse i pædagogisk og socialpsykologisk regi.

Om Sct. Annæ Hjems vision, mission og værdigrundlag fremgår blandt andet:

”Vision

Sundbyhus’ og Sct Annæ Hjems vision er at skabe en organisation, der til enhver tid matcher samfundet og det enkelte individs krav og behov ved at:

- Være et attraktivt bosted med differentierede tilbud og krav
- Være en attraktiv arbejdsplads med mulighed for faglig og personlig udvikling
- Have fokus på anerkendelse

Mission

...

Støttemålsætningen i § 107, stk. 2 udmønter sig på Sundbyhus og Sct. Annæ Hjem i en række missionsmålsætninger:

- at beboerne skal hjælpes til at klare deres egen tilværelse (hjælpemålsætning)
- at afklare og vurdere beboernes boformsbehov samt at støtte og motivere beboernes valg af en egnet fremtidig boform (afklaringsmålsætning)
- at beboerne deltager i botilbuddets udvikling og fællesskab (deltagelsesmålsætning)
- at beboerne har en reel oplevelse af at "være herre i eget hjem" (autonomi- og ansvarlighedsmålsætning)

Værdigrundlag

...

Respekt og omsorg

- Vi tilstræber, at den enkelte beboer på Sundbyhus og Sct. Annæ Hjem mødes som et unikt væsen med sine egne særlige erfaringer, tanker, følelser og behov.

Sociale rettigheder

- Vi ser det som vores opgave at medvirke til, at beboerne behandles ligeværdigt og får sine sociale rettigheder opfyldt.

Inklusion og fællesskab

- Vi støtter op om, at beboerne får mulighed for at opleve sig som en del af et socialt fællesskab, hvor de værdsættes for deres særlige bidrag.

Dømmekraft

- Vi lægger vægt på at styrke det pædagogiske personales faglige dømmekraft.

...

”

Værdigrundlag mv. giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5. DE FYSISKE RAMMER

BYGNINGSMÆSSIGE RAMMER

Sct. Annæ Hjem består af en sammenlægning af en ældre gul villa og et større rødt murstenshus. Begge bygninger er antageligt bygget i begyndelsen af det forrige århundrede og er hver på tre etager. Sct. Annæ Hjem har plads til i alt 21 beboere. Beboerne har eget værelse. Før etableringen af bostedet blev bygningerne anvendt som et kommunalt plejehjem.

Den gule villa huser i alt fire beboere i to bofællesskabsenheder fordelt på første og anden sal. Øverste etage består af kontor- og administrationslokaler. Første og anden sal består af hver to beboerværelser med fælles køkken/opholdsrum og toilet. Der er indgang til villaen gennem den røde bygning. Der er endvidere en separat indgang til villaen fra baghaven.

Den røde murstensbygning rummer i alt tre bofællesskabsenheder på hver etage. I bofællesskabsenhederne i stuen og 1. sal bor i alt 12 beboere fordelt med 6 beboere på hver etage. Bofællesskabsenheden på 2. sal, som i udformning har en mere kollegielignende karakter, har 5 beboere.

Af de 21 værelser er de 19 udstyret med eget bad og toilet. Yderligere har enkelte beboere adgang til mindre køkkenfacilitet på værelset.

FÆLLESAREALER

Fællesarealerne består af en mindre have, en altan og en stor tagterrasse.

Hver bofællesskabsenhed har et rummeligt fælleskøkken, som også fungerer som spise- og opholdsrum. I forbindelse med inspektionen foretog jeg en rundgang på bostedets fællesarealer. Fællesrummene fremstod ryddeligt og hjemligt indrettet.

I stueetagen er der et større fællesrum, der kan bruges til café, fest, undervisning mv. I villaens kælder er der blandt andet et rum, hvor der kan spilles musik.

RENGØRING OG VEDLIGEHOLDELSE

Ledelsen oplyste, at der ikke er en løbende vedligeholdelsesplan.

I forbindelse med inspektionen foretog jeg en rundgang på fællesarealerne.

I huset er trappeopgangen belagt med linoleum. Linoleumsbelægningen var flere steder – særligt på reposerne – meget nedslidt.

Der var støv på lamper og ledninger i bofællesskabsenhedernes opholdsstuer.

Gang- og fællesarealer trængte til vedligeholdelse og maling.

Den nedslidte linoleumsbelægning på trappeopgangen medfører efter min vurdering, at effekten af en rengøring af trappeoverfladen ikke er så effektiv, hvilket jeg finder uhensigtsmæssigt.

I forhold til mine observationer vedrørende vedligeholdelse og maling har jeg noteret mig, at vægge, vinduer, interiør mv. flere steder fremstod nedslidte og trængte til vedligeholdelse i form af reparation og/eller maling. Jeg har imidlertid noteret, at Sct. Annæ Hjem ikke har en løbende vedligeholdelsesplan,

hvilket jeg finder uhensigtsmæssigt taget de nuværende forhold i betragtning og i et forebyggelsesøjemed henset til bygningsmassens alder.

Jeg anbefalede på baggrund af ovenstående, at Sct. Annæ Hjem undersøger muligheden for at udarbejde en løbende vedligeholdelsesplan og derigennem får taget initiativ til en gennemgang af den nuværende vedligeholdelsesstandard.

Socialforvaltningen har ved brev af 6. november 2009 oplyst følgende:

”Det fremgår af den foreløbige rapport, at Borgerrådgiveren finder det uhensigtsmæssigt, at linoleumsbelægningen flere steder på trappeopgangen er nedslidt, hvilket vanskeliggør en grundig rengøring af trappearealet, samt at det ligeledes er uhensigtsmæssigt, at Sct. Annæ Hjem ikke har en løbende vedligeholdelsesplan, henset til bygningens alder, og at bygningen og interiøret flere steder fremstår nedslidt.

Socialforvaltningen kan i den anledning oplyse, at Sct. Annæ Hjem er indrettet i lokaler, som Socialforvaltningen har lejet af den katolske kirke. I den konkrete sag er det Socialforvaltningen/Sct. Annæ Hjem, der er ansvarlig for at afholde udgifterne vedrørende den indvendige vedligeholdelse, herunder også for de mangler ved den indre vedligeholdelse, som Borgerrådgiveren har peget på, dvs. pålægning af nyt linoleum på trappe og reparation/maling de steder indvendigt, hvor vægge, vinduer indvendigt fremtræder nedslidt.

...

Socialforvaltningen vil i samarbejde med Sct. Annæ Hjem tage initiativ til, at de omhandlede indre vedligeholdelsesarbejder igangsættes snarest.”

Skt. Annæ Hjem har desuden oplyst, at lamper og ledninger blev rengjort efter inspektionen.

Jeg tager det oplyste til efterretning og foretager mig ikke yderligere vedrørende disse forhold.

VÆRELSESSTANDARD

Sct. Annæ Hjems beboerværelser varierer i størrelse.

Beboerne har det overordnede ansvar for, at boligen er opryddet og rengjort, ligesom beboeren skal bidrage til oprydning og rengøring af fælleslokaler.

I forbindelse med min rundgang på Sct. Annæ Hjem havde jeg lejlighed til at inspicere to beboerværelser i henholdsvis villaen og huset.

Beboerværelset i villaen fremstod rummeligt og var personligt indrettet og dekoreret.

Værelset trængte til oprydning og rengøring.

Socialforvaltningens daværende kvalitet- og tilsynskontor gennemførte den 20. februar 2008 et tilsyn af Sct. Annæ Hjem. Tilsynet omfattede blandt andet en inspektion af tre beboerværelser. Om rengøringsstandarden fremgår blandt andet i tilsynsrapporten, at boligerne på tidspunktet for besøget ifølge tilsynet bar præg af, at beboerne havde behov for hjælp til oprydning og rengøring. Det fremgår blandt andet videre, at personalet oplyste, at de nu jævnlige gennemgår alle boliger og ved, hvornår der skal sættes ind med hjælp til rengøring. Tilsynet afsluttede denne del af tilsynet med at anbefale, at personalegruppen tager en generel drøftelse af rengøringsstandarden på beboerens værelser og af, hvordan man som personale bedst kan støtte/hjælpe beboerne hermed.

I forbindelse med mit afsluttende møde med ledelsen drøftede vi rengøring på beboernes værelser, og jeg fremlagde mine observationer i den henseende. Mine observationer giver ikke grundlag til at udtale en egentlig kritik af rengøringsstandarden på beboerværelset. På baggrund af samtalen og tilsynets anbefalinger har jeg noteret, at der fra Sct. Annæ Hjemms side er fokus og opmærksomhed på at tilskynde beboere til at rydde op og gøre rent og i sidste ende fra personalets side at sikre en forsvarlig rengøringsstandard. Jeg har videre noteret mig, at arbejdet hermed er en del af kerneformålet med det pædagogiske arbejde i forhold til botræning og udslusning, og at hensynet til den enkelte beboers livsstil mv. indgår.

Jeg har ikke yderligere bemærkninger til rengøringsstandarden på beboerværelserne.

Beboerværelset på husets 1. sal fremstod ligeledes personligt møbleret og indrettet. Værelset var rektangulært og ca. 15 kvadratmeter, og fremstod forholdsvis småt.

Serviceoven angiver ikke en minimumstørrelse på de tilbud om boliger, der er omfattet af servicelovens § 107. Socialudvalget godkendte den 15. marts 2006 Socialforvaltningens indstilling "Principper for modernisering af botilbud til psykisk syge og handicappede" (SUD 112/2006). Moderniseringsplanen omfatter eksisterende og fremtidige botilbud efter blandt andet serviceloven. Det fremgår blandt andet om boligstørrelse, at de moderniserede botilbud kommer til at rumme en kombination af større et-rumsboliger og to-rumsboliger, og at boligerne som udgangspunkt bliver på minimum 25 kvadratmeter.

Efter min opfattelse skal en rimelig værelsesstørrelse ikke blot vurderes i forhold til, om de fysiske rammer må anses at begrænse beboerens udfoldelsesmulighed væsentligt, men også i forhold til om værelsesstørrelsen muliggør en hvis grad af individuel udfoldelsesmulighed sidestillet med et privat hjem. En rimelig værelsesstørrelse må desuden bero på hvilken type beboer, der er tale om, ligesom rimelighedsvurderingen er dynamisk og må vurderes i takt med samfundsudviklingen.

Det er på den baggrund min opfattelse, at en værelsesstørrelse på 15 kvadratmeter ikke tillader en tilstrækkelig grad af individuel udfoldelse, og jeg finder værelsesstørrelsen utidssvarende, henset til beboergruppen og formålet med opholdet.

Jeg har i den forbindelse noteret mig ovenstående moderniseringsplan og særligt noteret mig den angivne boligstørrelse og i den forbindelse forstået, at nyetablerede botilbud skal opfylde moderniseringsplanens krav til blandt andet boligstørrelse.

SKÆRMEDE ENHEDER

Der er ingen skærmede enheder på Sct. Annæ Hjem. I forbindelse med mit møde med ledelsen blev det blandt andet oplyst, at beboerne har nøgle til hoveddøren. Medarbejderne har desuden nøgler til beboerværelserne og kan opsøge en beboer på værelset, såfremt man ikke har hørt eller set beboeren gennem længere tid.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger

RYGEPOLITIK

Lov nr. 436 af 14. juni 1995 om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende foreskrev i § 2, at hver kommunalbestyrelse og hvert amtsråd med virkning senest fra den 1. januar 1996 fastsatte bestemmelser om røgfri miljøer på kommunale og amtskommunale arbejdspladser og sygehuse, i kommunale og amtskommunale uddannelsesinstitutioner, dag- og døgninstitutioner, transportmidler og lignende samt i kommunale og amtskommunale lokaler, hvortil offentligheden havde adgang.

Ifølge § 11 trådte loven i kraft den 1. juli 1995.

Den 15. december 2005 vedtog Borgerrepræsentationen ny rygepolitik for Københavns Kommune. Formålet med politikken var at sikre, at borgere og ansatte i Københavns Kommune skulle kunne bo, færdes og arbejde i røgfrie miljøer. Den nye rygepolitik trådte i kraft den 1. januar 2007.

Rygepolitikken indeholdt bl.a. følgende bestemmelser:

”1. Københavns Kommune er en røgfri arbejdsplads.

Det betyder, at der ikke må ryges i kommunens lokaler og i kommunens køretøjer. På den måde sikres det, at medarbejderne og de borgere, der færdes i kommunale bygninger, ikke udsættes for tobaksrøg. Beslutningen skal være gennemført senest 1. januar 2007.

2. Rygning er tilladt i det fri.

Rygning i det fri skal foregå på en sådan måde, så andre ikke udsættes for tobaksrøgen. Ledelsen kan anvise passende områder for rygning i det fri.

...

4. Ved arbejde i borgernes hjem henstiller forvaltningerne til borgerne, at de ikke ryger under arbejdets udførelse.

Det udgør et særligt problem, at visse medarbejdere har deres arbejde i brugernes hjem, f.eks. i plejeboligen eller hos en modtager af hjemmepleje. Det er vurderingen, at kommunen har pligt til at levere denne ydelse uden at kunne stille som betingelse, at modtageren af ydelsen ikke ryger. I forbindelse med visitation af ydelser over for brugerne skal forvaltningerne pointere, at borgeren ikke ryger, mens arbejdet udføres. Endvidere bør det ikke være tilladt medarbejderen at ryge i borgerens hjem.

5. Der etableres lokale løsninger, hvor der er særlige hensyn at tage til borgerne/brugerne. På fællesarealer på f.eks. plejehjem og døgninstitutioner, eller hvor der er særlige hensyn at tage til brugerne, f.eks. væresteder, kan der være en interessekonflikt mellem hensynet til medarbejdernes sundhed og hensynet til brugerne. Denne konflikt må løses konkret på en måde der tager hensyn til medarbejderne, men samtidig er respektfuld over for brugerne. Disse løsninger skal findes af de enkelte forvaltninger efter drøftelse i samarbejdsudvalg og/eller bruger-pårørenderåd/bruger-seniorråd.

...

9. Kommunen arbejder for, at der på selvejende institutioner gennemføres tilsvarende rygepolitikker.

Dette kan ske ved indføjelser i driftsoverenskomster.”

Den 15. august 2007 trådte lov nr. 512 af 6. juni 2007 om røgfri miljøer i kraft. Loven er på enkelte områder mere restriktiv end kommunens hidtidige rygepolitik.

På den baggrund er der foretaget en revision af kommunens rygepolitik, så den lever op til lovens krav. Den reviderede udgave af rygepolitikken trådte i kraft den 15. august 2007.

Den reviderede rygepolitik indeholder bl.a. følgende ændrede bestemmelser:

“...

4. Ved arbejde i borgernes hjem kan forvaltningerne forudsætte, at der ikke ryges under arbejdets udførelse.

Det udgør et særligt problem, at visse medarbejdere har deres arbejde i brugernes hjem, f.eks. i plejeboligen eller hos en modtager af hjemmepleje. Det kan forudsættes, at borgeren ikke ryger i hjemmet i den tid, hvor den ansatte opholder sig der. I forbindelse med visitation af ydelser over for brugerne skal forvaltningerne pointere, at borgeren ikke

har krav på at ryge, mens arbejdet udføres. Endvidere bør det ikke være tilladt medarbejderen at ryge i borgerens hjem.

5. På plejehjem, døgninstitutioner, botilbud og lignende institutioner kan den enkelte beboer beslutte, om der må ryges i det værelse eller den bolig, der tjener som den pågældendes private hjem. På institutioner, der fortrinsvis optager børn og unge under 16 år, er det dog ikke tilladt for børn og unge samt elever at ryge på institutionens område. Beboeren kan dog pålægges ikke at ryge, når en ansat opholder sig i beboerens hjem. Fællesarealer samme steder er røgfrie for alle. Det kan besluttes at indrette rygerum eller rygekabine for beboerne. Rygerummet må ikke benyttes til andre formål og skal være godt ventileret. Beslutning om dette skal tages af de enkelte forvaltninger efter drøftelse i samarbejdsudvalg og/eller bruger-pårørenderåd/bruger-seniorråd.

9. Der kan ikke dispenseres fra rygepolitikken.

...”.

Jeg modtog forud for inspektionen en kopi af Sct. Annæ Hjemms ryge- og misbrugspolitik gældende fra henholdsvis den 1. januar 2007 og 16. juli 2008. Om rygepolitikken fremgår blandt andet følgende:

”

Sct. Annæ Hjemms rygepolitik pr. 1. januar 2007

...

Personalet skal fremover ryge udendørs.

Fællesarealerne i Villaen, stuen, 1. sal og 2. sal, er røgfrie zoner.

Beboerne henvises til at ryge på eget værelse, dog ikke når en medarbejder udfører arbejde på beboerværelset.

...

”

Ledelsen oplyste, at rygepolitikken er gennemført, og vedkendte, at man nu er af den opfattelse, at personalet ikke må ryge udendørs sammen med beboerne. Et forhold beboerne i øvrigt er utilfredse med. Endvidere forklarede ledelsen, at enkelte beboere havde svært ved at overholde rygepolitikken, men at der blev arbejdet med dette.

Jeg har noteret mig ledelsens bemærkninger til vanskeligheden ved over for enkelte beboere at håndhæve rygepolitikken og ledelsens bestræbelser i den forbindelse. Den skrevne rygepolitik giver mig i øvrigt ikke anledning til bemærkninger.

MISBRUGSPOLITIK

”

Sct. Annæ Hjem regler

Det er ikke tilladt at indtage, besidde, bruge, sælge og videregive hash og hårde stoffer på Sct. Annæ Hjem.

Det er ikke tilladt at opbevare eller indtage alkohol i fællesareal, en undtagelse er ved arrangementer i Salen i forbindelse med højtider eksempelvis juleaften.

Opdager personalet hash eller hårde stoffer inde på Sct. Annæ Hjem område vil beboeren blive bedt om at bringe det ud af huset. Salg af hash eller hårde stoffer kan medføre politianmeldelse. (jf. Aftale om opholds- og betalingsbetingelser på Sct. Annæ Hjem).

Overtrædelse

Brud på ovenstående regler vil altid medføre en samtale mellem personale og beboer.

...

Ved gentagede brud på ovenstående regler vil beboernes kontaktperson foranstalte en samtale med beboeren, der blandt andet omhandler misbrug, adfærd og livsstil. Samtalen er fremadrettet og tager udgangspunkt i beboerens handleplan, og der føres referat af kontaktpersonen. Samtalen skal ske hurtigst muligt.

Ved gentagende og alvorlige brud på ovenstående regler foranstalter kontaktpersonen en samtale mellem beboeren og forstander/souschef.

..."

I forbindelse med mine samtaler med Sct. Annæ Hjem beboere gav to beboere udtryk for, at de ønskede et køleskab på værelset til blandt andet opbevaring af øl, sodavand mv., da opbevaring af alkohol i fællesarealernes køleskabe ikke er tilladt i henhold til den vedtagne alkohol/misbrugspolitik, og at køleskabkapaciteten på fællesarealerne i øvrigt var begrænset. Beboerne henviste endvidere til, at der var installeret køleskab på enkelte værelser beliggende i andre bofællesskabsenheder. Ledelsen havde afvist beboerne med blandt andet den begrundelse, at der ikke var tilstrækkelig strømkapacitet til yderligere elinstallationer, og at kapaciteten i forvejen var belastet.

Ved det afsluttende møde med ledelsen foreholdt jeg beboernes anmodning og udlægning. Ledelsen bekræftede den oplyste begrundelse og henviste til en overbelastningsrisiko i husets el-installation, som er af ældre dato. Ledelsen gav også udtryk for, at der ikke var økonomiske midler til at etablere mulighed for at installere køleskab på alle værelser.

Jeg tilkendegav i min foreløbige rapport, at jeg fandt det uheldigt, at beboerne ikke kunne tilbydes faciliteter, som muliggjorde opsætning af køleskabe på alle værelser for de beboere, som ønsker dette og selv vill/kan betale for det. Jeg henviste til, at det er et delformål med opholdet, at brugerne skal nærme sig en normalisering af deres boligsituation.

Socialforvaltningen har ved brev af 6. november 2009 oplyst følgende:

"Det fremgår af den foreløbige rapport, at Borgerrådgiveren finder det uheldigt, at beboerne ikke kan tilbydes faciliteter, som muliggør opsætning af køleskabe på alle værelser for de beboere, der ønsker dette, og som selv kan/vil betale for det, henset til, at det er et delformål med opholdet, at beboerne skal nærme sig en normalisering af deres boligsituation. Borgerrådgiveren har noteret sig ledelsens oplysning om manglende strømkapacitet, men samtidig udtalt, at kapaciteten i så fald er mangelfuld efter hans opfattelse.

Socialforvaltningen kan i den anledning oplyse, at Sct. Annæ Hjem har undersøgt muligheden for, at alle beboere kan anskaffe eget køleskab. Det vil kræve, at installationen er beskyttet med et HPFI relæ jf. sikkerhedsstyrelsens regler. Hovedtavlen i kælderen skal derfor ombygges, eller alternativt udskiftes helt.

Socialforvaltningen finder det rimeligt, at alle beboere, der ønsker det, får mulighed for at anskaffe eget køleskab. Forvaltningen vil derfor i samarbejde med Sct. Annæ Hjem tage initiativ til, at der snarest etableres de nødvendige el-installationer til, at dette kan lade sig gøre.”

Jeg går på denne baggrund ud fra, at beboerne nu har mulighed for at installere køleskabe på deres værelser.

Jeg foretager ikke yderligere vedrørende dette forhold.

6. PLEJE OG OMSORG MV.

MAGTANVENDELSE

Ledelsen oplyste, at personalet ikke foretager magtanvendelse eller andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for beboerne i henhold til lov om social service kapitel 24 (lov nr. 979 af 1. oktober 2008 med senere ændringer). Personalet anvender i stedet pædagogiske og psykologiske redskaber, og der er fokus på dialog. I sidste ende vælger man at trække sig for at undgå en decideret fysisk konfrontation med en ophidset beboer. I forhold til alvorlige trusler mod eksempelvis personale eller andre beboeres helbred mv., er Sct. Annæ Hjemms politik, at sådanne trusler anmeldes.

Det fremgår af Socialforvaltningens tilsynsrapport, at der ikke er modtaget indberetninger om magtanvendelse fra bostedet, og at det er tilsynets vurdering, at der er kendskab til regelsættet om magtanvendelse jf. Socialforvaltningens daværende kvalitet- og tilsynskontor rapport på baggrund af det gennemførte tilsyn af Sct. Annæ Hjem den 20. februar 2008.

Nyansatte medarbejdere bliver undervist i magtanvendelse, psykiske sygdomme, medicin håndtering, voldsforebyggelse og konfliktløsning og kommunikation. Magtanvendelsesbegrebet drøftes løbende.

Jeg modtog forud for inspektionen en kopi af et sådan introduktions- og undervisningsprogram.

Dette giver ikke anledning til bemærkninger.

PÆDAGOGISKE HANDLEPLANER

Efter lov om social service (lov nr. 979 af 1. oktober 2008 med senere ændringer) § 141, stk. 2 skal kommunen udarbejde handleplaner for personer, som er tilbudt et midlertidigt ophold i boformer til personer med særlige sociale problemer mv. efter blandt andet lov om social service § 107, stk. 2.

Lov om Social service § 141 har blandt andet følgende ordlyd:

”

Når der ydes hjælp til personer under folkepensionsalderen, jf. § 1 a i lov om social pension, efter afsnit V, skal kommunalbestyrelsen som led i indsatsen skønne, om det er hensigtsmæssigt at tilbyde at udarbejde en handleplan for indsatsen, jf. dog stk. 2.

...

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde at udarbejde en handleplan, når hjælpen ydes til

- 1) personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller
- 2) personer med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder.

Stk. 3. Handleplanen skal angive

- 1) formålet med indsatsen,
- 2) hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet,
- 3) den forventede varighed af indsatsen og
- 4) andre særlige forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler m.v.

Stk. 4. Handleplanen bør udarbejdes ud fra borgerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med denne.”

Af vejledning nr. 1 til serviceloven (Vejledning nr. 93 af 5. december 2006) punkt 103 fremgår blandt andet følgende om indholdet af handleplanen:

”Som det fremgår af § 141 stk. 3 skal der i planen angives formålet med indsatsen for den pågældende borger, hvilken indsats, der er nødvendig for at opnå formålet, den forventede varighed af indsatsen samt andre særlige forhold om boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler m.v. Endvidere forudsætter bestemmelsen, at planen udarbejdes ud fra borgerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med denne.

Af konkrete indholdsmæssige elementer, som handleplanen skal forholde sig til og opstille mål for, kan eksempelvis være følgende:

- Uddannelse, beskæftigelse, fritid,
- Bolig, herunder hjælp til at fastholde en bolig, samt hjælpemidler og boligindretning
- Økonomi,
- Opbygning af sociale relationer
- Indsatser af pædagogisk, pleje – og omsorgsmæssig karakter, som kan medvirke til at højne livskvaliteten
- Opfølgning af indsatserne med henblik på justering af handleplanen, jf. punkt 107.”

Endvidere omhandler vejledningens punkt 101 særligt handleplaner for stofmisbrugere.

Hver beboer har tilknyttet en kontaktperson, og beboer og kontaktperson samarbejder om at lave en handleplan med mål for beboerens ophold. Forud for inspektionen modtog jeg en kopi af et handleplansskema, som anvendes ved udarbejdelse af den pædagogiske handleplan for beboeren.

Jeg modtog endvidere en kopi af resultataftalen mellem Sct. Annæ Hjem og Socialforvaltningens Mål- og Rammekontor for 2008. Et af aftalens indsatsområder indeholder blandt andet målkrav for handleplanernes udarbejdelse i forhold til brugertilfredshed for så vidt angår inddragelse og indflydelse mv.

I forbindelse med mit møde med ledelsen blev det oplyst, at Sct. Annæ Hjem tidligere havde ansvaret for at udarbejde de sociale handleplaner i henhold til servicelovens § 141, stk. 2, men at dette nu er overgået til forvaltningen, og at bostedet alene udarbejder den pædagogiske handleplan.

Dette giver ikke anledning til bemærkninger.

FORPLEJNING

Beboerne laver selv mad og køber ind. De fleste af beboerne får praktisk og/eller socialpædagogisk hjælp hertil af en hjemmevejleder. Hver beboer betaler 1.500 kr. månedligt til en fælles kostordning. Pengene administreres af hjemmevejlederne. Det er frivilligt, om man vil deltage i madordningen.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

NØDKALD

Der er ikke installeret et kaldesystem eller lignende på værelser, fællesarealer mv. På tidspunktet for inspektionen havde en af beboerne en kaldefacilitet installeret på værelset af hensyn til formidling af kontakt til blandt andet hjemmeplejen.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

HANDICAP TILGÆNGELIGHED

I forbindelse med min rundgang på bostedet påså jeg i et vist omfang tilgængeligheden for handicappede, uden at der var tale om en systematisk tilgængelighedsgennemgang.

Villaen har ikke elevator, og adgangsforholdene mellem etagerne foregår ved trapper. På selve etagerne er der ikke niveaufri adgang mellem værelserne.

Ledelsen oplyste, at bostedet ikke huser handicappede beboere, men at en pårørende er kørestolsbruger, og at den nuværende tilgængelighed ikke muliggør, at den pårørende kan besøge beboeren i vedkommendes værelse i villaen. Sct. Annæ Hjem er i hele taget ikke indrettet med henblik på sikring af tilgængelighed for personer med handicap.

I huset er der niveaufri adgang til beboerværelserne. Bygningen har installeret en elevator. Elevatoren er af ældre dato. Elevatordriften er ustabil, og elevatorstolen sætter sig efter det oplyste fast ud for øverste etage ved at synke en smule. Når elevatoren bliver benyttet, er det alene til lettere varetransport. Ledelsen oplyste, at forvaltningen har vurderet, at det ville koste ca. 250.000 kroner at reparere elevatoren.

Første gang der blev indskrevet regler for tilgængelighed i byggeloven var i 1978. Konkrete regler for handicaptilgængelighed følger af den nugældende byggelov (lovbekendtgørelse nr. 452 af 24. juni 1998 med senere ændringer) med tilhørende bygningsreglement. Aktuelt gælder bygningsreglement 2008, som erstattede det tidligere bygningsreglement 1995. Bygningsreglement 2008 indeholder ligesom bygningsreglement 1995 specifikke bestemmelser, som skal sikre, at bygninger er tilgængelige for handicappede. For ny- eller tilbygninger gælder samtlige krav i BR 2008. Ved ombygninger eller anvendelsesændringer skal alene overholdes de regler i byggelovgivningen, som er væsentlige i forhold til forandringerne (byggelovens § 2, stk. 1, litra b og c). Bygningsreglement 2008 henviser til blandt andet DS 3028:2001.

BR 2008 kap. 3.2.2, stk. 6, der gælder for elevatorforhold har blandt andet følgende ordlyd:

”I bygninger, hvor der installeres elevator, skal mindst en elevator have størrelse som en type 2 elevator i overensstemmelse med DS/EN 81-70:...”

Det fremgår blandt andet af ovennævnte standards kap. 5.3.1, at en type 2 elevator mindst skal være 1,1 meter i bredden og 1,4 meter i dybden.”

BR 1995 havde tilsvarende krav jf. BR 1995 pkt. 4.2.1, stk. 4.

I DS 3028:2001 er kravene til indretningen af elevatorer skærpet. Kravene er alene vejledende, men bør følges for at sikre tilgængelighed for flest mulige.

Af DS 3028:2001 pkt. 4.4.8, vedrørende krav til elevatorer fremgår blandt andet, at elevatorer i bygninger, som er åbne for publikum, skal have indvendige mål på minimum 2 meter i bredden og 1,4 meter i dybden. Det anbefales endvidere, at elevatorindgangens bredde skal være minimum 90 cm, og at betjeningspanelet skal sidde vandret 0,9-1,2 m over gulvet i elevatoren og mindst 50 cm fra et hjørne. Betjeningspanelet skal være ophøjet, og aktivering af panelets knapper skal kunne føles eller høres. Tekst og tal skal være udformet i relief og være anbragt så nær knapperne som muligt, men ikke på knapperne.

Jeg foretog i forbindelse med inspektionen ikke en nærmere opmåling af elevatorstolen mv., men elevatorstolens størrelse opfyldte ikke umiddelbart kravet til en type 2 elevator. Endvidere opfyldte elevatoren ikke ovennævnte standard i forhold til betjeningspanel mv. Jeg noterede videre, at elevatoren er i en sådan stand, at denne ikke bliver anvendt til persontransport. På grund af bygningens opførelsetidspunkt og tidspunktet for installation af elevatoren er der efter min opfattelse ikke tale om ulovlige forhold, og jeg foretager mig derfor ikke andet end at påpege forholdene. Jeg beder dog Sct.

Annæ Hjem om at være opmærksom på de nævnte forhold og reglerne i BR 2008 og DS 3028:2001, når/hvis elevatoren skal udskiftes/renoveres.

Socialforvaltningen har ved brev af 6. november 2009 oplyst følgende:

”Det fremgår af den foreløbige rapport, at elevatoren i bygningen på grund af bygningens opførelsestidspunkt og tidspunktet for installation af elevatoren ikke efter Borgerrådgiverens opfattelse er ulovlig, men Sct. Annæ Hjem anmodes dog om at være opmærksom på reglerne i bygningsreglementet, når/hvis elevatoren skal udskiftes/renoveres.

Elevatoren bruges ikke til persontransport.

Socialforvaltningen kan i den anledning oplyse, at det er Københavns Ejendomme, som har ansvaret for og skal dække udgifterne ved vedligeholdelse af elevatorer i de kommunalt ejede og lejede ejendomme. Socialforvaltningen vil tage kontakt til Københavns Ejendomme med henblik på, at istandsættelsen af den omhandlede elevator fremskyndes.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

OMGANGSTONE/OMGANGSFORM (KODEKS MV.)

På det indledende møde med ledelsen blev det oplyst, at der løbende er fokus på kommunikation og anerkendelse i dialogen mellem beboere og personale. Sct. Annæ Hjem har endvidere udarbejdet en kommunikationspolitik, og denne er en del af introduktionsforløbet for nye medarbejdere. Endvidere har der været afholdt en temadag om god kommunikation mellem personale og beboere og beboerne imellem.

Forud for inspektionen modtog jeg en kopi af kommunikationspolitikken.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Ledelsen oplyste videre, at der var en beboer, som kunne være aggressiv og truende både over for personalet og andre beboere. Nogle beboere havde over for ledelsen givet udtryk for, at vedkommende skabte utryghed. Ledelsen forklarede, at det var opfattelsen, at Sct. Annæ Hjem havde vanskeligheder ved at rumme denne beboer, og at muligheden for at flytte vedkommende havde været undersøgt, men afvist af Socialforvaltningen. Ledelsen oplyste afslutningsvist, at der var planlagt et møde med beboeren om blandt andet dennes adfærd.

I forbindelse med min inspektion havde omtalte beboer ønsket en samtale med mig. Beboeren oplyste om flere forhold, som vedkommende var utilfreds med, og som jeg efter aftale med beboeren viderefremmede på mit møde med ledelsen ved afslutningen af inspektionen. Efter aftale med beboeren ville Borgerrådgiveren endvidere give en skriftlig tilbagemelding herpå og endvidere besvare en forespørgsel af generel juridisk karakter. Tilbage meldingen blev givet ca. en uge efter inspektionen.

Det oplyste fra ledelsen og min samtale med beboeren gav anledning til en overvejelse om at bede Socialforvaltningen om en nærmere redegørelse for grundlaget for denne beboers visitation til Sct. Annæ Hjem til brug for min inspektion af forholdene på bostedet.

Imidlertid blev jeg kort tid efter inspektionsdagen orienteret om, at beboeren havde fraflyttet Sct. Annæ Hjem, og at mødet mellem beboere og bostedet ledelse som følge heraf var aflyst. Ud fra en fornyet og samlet gennemgang af det oplyste fra beboer og ledelse og særligt henset til, at beboeren nu er fraflyttet Sct. Annæ Hjem, finder jeg ikke anledning til at foretage yderligere.

Jeg foretager derfor ikke yderligere vedrørende dette forhold.

ADGANG TIL LÆGEHJÆLP O.L.

Beboerne har egen praktiserende læge, og de fleste af beboerne er tilknyttet distriktspsykiatrien eller privat psykiater. Personalet bistår beboerne i forhold til kontakt og besøg hos læge mv.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

MEDICIN

Socialforvaltningens daværende kvalitet- og tilsynskontor gennemførte den 20. februar 2008 et tilsyn af Sct. Annæ Hjem. Om bostedets medicinhandling fremgår blandt andet følgende af tilsynsrapporten:

”Det er en sygeplejerske fra voksenteamet, som doserer medicin til/sammen med beboerne. Personalet på Sct. Annæ hjem udleverer medicin fra en boks i boligen. Sygeplejersken kommer fast i tilbudet. Mange beboere administrerer medicinen selv. En del får dosisdispenseret medicin fra apotek. Tilsynet fandt, at den sundhedsfaglige dokumentation var mangelfuld og fandt flere fejl på medicinlisterne. Københavns Kommunes medicinbehandlingsvejledning var ikke kendt af personalet og derfor ikke indarbejdet.

...

Tilsynet vurderer at der ikke er fulgt op på embedslægens anbefalinger og der er mange muligheder for at begå fejl i medicinadministrationen.

...

Tilsynet henstiller til, at Sct. Annæ Hjem arbejder efter Københavns Kommunes vejledning om medicinhandling i socialforvaltningens tilbud til psykisk syge.

...”

Ledelsen oplyste, at tilsynets anbefalinger var taget til efterretning, og at ledelsen har sikret, at personalet (nu) har kendskab til den gældende vejledning for medicinhandling og bestræber sig på at overholde den.

I forhold til manglende opfølgning på embedslægens anbefalinger, forklarede ledelsen, at der var tale om en enkel anbefaling, som der ikke var fulgt op på, og at opfølgningen nu er foretaget.

Jeg har noteret mig det oplyste, at ledelsen har fulgt tilsynets henstilling vedrørende medicinhandling og at der efter det oplyste er rettet op på den mangelfulde opfølgning på embedslægens anbefalinger.

Jeg foretager på baggrund af det oplyste ikke yderligere vedrørende dette forhold.

PERSONLIG PLEJE MV.

Ledelsen oplyste, at alle beboere har en kontaktperson, og at der blandt andet ud fra motivationsfremmende initiativer og pædagogik arbejdes med, at beboerne selv sørger og tager ansvar for tøjvask og personlig pleje. Personalet kan i den forbindelse alene opfordre og tilskynde beboere til at bade og foretage anden personlig hygiejne jf. afsnittet ovenfor om magtanvendelse

I forbindelse med inspektionen afholdt jeg samtaler med fem beboere. En beboer klagede over, at personalet ikke kunne være behjælpelig med at skifte beboerens stomi-pose, men i stedet henviste til

hjemmeplejens personale, som blev kontaktet af personalet. Beboeren henviste til, at der kunne gå lang tid særlig i nattetimerne inden hjemmeplejen nåede frem. Beboeren oplyste endvidere, at vedkommende var skrevet op til Bostedet Thorupgården, men at det for beboeren var uklart, hvad status var på sagen. Beboeren var endvidere i tvivl om det nærmere grundlag for visitationen til Sct. Annæ Hjem.

I brev af 2. september 2008 oversendte jeg på vegne af beboeren en henvendelse til Sct. Annæ Hjems ledelse. Jeg formulerede henvendelsen som en klage over den utilstrækkelige hjælp fra personalets side i forhold til udskiftning af stomi-pose. Efter Borgerrådgiverens faste praksis bad jeg beboeren om at afvente et svar fra Sct. Annæ Hjem, før vedkommende tog stilling til at indgive en klage til Borgerrådgiveren. Jeg bad om at modtage en kopi af besvarelsen. I forhold til grundlaget for visitationen til Sct. Annæ hjem og om status på visitationen til Thorupgården bad jeg Socialforvaltningen om over for beboeren at redegøre nærmere herfor. Sct. Annæ Hjems ledelse besvarede klagen i brev af 8. september 2008.

Ledelsen anførte blandt andet i besvarelsen, at personalet på Sct. Annæ Hjem var opmærksom på og enig i beboerens behov for pleje, og at personalet ydede beboeren omsorg og pleje, når stomi-positen lækkede mv., men at det var ledelsens opfattelse, at hjemmeplejen kunne yde beboeren en mere professionel hjælp i den henseende. Ledelsen anførte hertil, at den overordnede opgavefordeling for plejen af beboeren blev til efter aftale med hospital, hjemmepleje og Sct. Annæ Hjem.

Beboeren rettede ikke på ny henvendelse til Borgerrådgiveren. I oktober 2008 oplyste Socialforvaltningen, at beboeren havde fået en plads på Thorupgården med indflytning i november 2008.

På baggrund af besvarelsen og det forhold, at beboeren nu er fraflyttet Sct. Annæ Hjem, finder jeg ikke grundlag for på eget initiativ at indlede en egentlig undersøgelse i anledning af klagen og sagsforløbet.

Jeg foretager derfor på det foreliggende grundlag ikke yderligere vedrørende dette forhold.

7. MEDINDFLYDELSE OG BRUGERINDDRAGELSE

BEOER- OG PÅRØRENDEINDFLYDELSE

Sct. Annæ Hjem har et beboerråd. Hver tredje måned afholdes stormøde med deltagelse af alle beboere.

De pårørende inviteres to gange årligt til henholdsvis julehygge og sommerarrangement, hvor der blandt andet bliver orienteret om budget, udviklingsplaner mv. Sct. Annæ Hjem havde på inspektionstidspunktet ikke et decideret pårørenderåd.

Socialforvaltningen har ved brev af 6. november 2009 oplyst følgende:

”Socialforvaltningen kan oplyse, at Sct. Annæ Hjem ultimo oktober 2008 har oprettet et centerråd med repræsentation af beboere, medarbejdere og pårørende.”

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

8. ØVRIGE TILBUD

BESKÆFTIGELSE OG FRITID

Personalet tilskynder beboerne til at deltage i aktiviteter uden for huset – eksempelvis aktiviteter såsom svømning, cykling og biografture. Sct. Annæ Hjem råder endvidere over en minibus til længerevarende ferieture.

I huset bliver der blandt andet arrangeret klubbage, filmaftener og kortklub. Endvidere er der tilbud om akupunkturbehandling (NADA).

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

SOCIALFAGLIG VEJLEDNING OG BISTAND TIL BEBOERE

Som nævnt har hver beboer en kontaktperson. Et væsentligt pædagogisk formål er at hjælpe og støtte beboeren, således at den enkelte beboer bliver i stand til at træffe beslutninger om eget liv, og der anlægges en helhedsorienteret vurdering. Kontaktpersonens funktion er blandt andet at hjælpe og støtte beboeren i kontakten til behandlingssystemet og bidrage til koordineringen af samarbejdet med Socialforvaltningen og hospitals- og distriktskykiatrien.

Forud for inspektionen modtog jeg et eksemplar af Københavns Kommune og Region Hovedstadens samarbejdsaftale om mennesker med sindslidelse.

Socialforvaltningens daværende kvalitet- og tilsynskontor gennemførte den 20. februar 2008 et tilsyn af Sct. Annæ Hjem. Tilsynet vurderede at samarbejdet med distriktskykiatrisk center fungerede godt, og at samarbejdet med hospitalspsykiatrien er bedret, og at der er et samarbejde med de lokale socialcentre.

På mit møde med ledelsen forstod jeg, at der var overvejende enighed i tilsynets konklusioner.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

9. ANDRE FORHOLD

HUSORDEN

Jeg modtog forud for inspektionen en kopi af Sct. Annæ Hjem's husorden.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

SAMTALE MED BEBOERE

Tre beboere havde bedt om en samtale i anledning af inspektionen. Indholdet af samtalerne er enten behandlet i den efterfølgende inspektionsrapport eller er indgået i mine overvejelser i den forbindelse.

I to tilfælde har jeg efterfølgende korresponderet med beboerne og Socialforvaltningen om de forhold, som beboerne fremførte.

I0. KVALITETSSIKRING/DOKUMENTATION

Socialforvaltningens daværende kvalitet- og tilsynskontor gennemførte den 20. februar 2008 et tilsyn af Sct. Annæ Hjem. Om dokumentation fremgår blandt andet:

”

...

Der er udarbejdet et dokumentationssystem, herunder et handleplanskoncept. Det er meningen at al dokumentation skal være samlet et sted, hver beboer har en mappe med alle oplysninger, såvel socialfaglige som sundhedsfaglige. Dokumentationssystemet blev sat i værk den 01.05.2007. Tilsynet så flere beboermapper og især den sundhedsfaglige dokumentation var mangelfuld. Flere oplysninger var ikke skrevet ind og der eksisterer stadig et slags kadekssystem. Alle oplysninger var ikke i beboermappen. Tilsynet så personlige oplysninger som var sat forkert ind i Kardeks/beboermappe.

Tilsynet vurderer, den samlede indsats på mange måder er tilrettelagt hensigtsmæssigt. Men dokumentationssystemet er ikke indarbejdet og der er noget forvirring om hvordan Sct. Annæ Hjem skal dokumentere arbejdet. Der bør fortsat være fokus på at den tværfaglige indsats afspejles i de konkrete tiltag for beboerne og i dokumentationen.

Tilsynet anbefaler at arbejde mere systematisk med dokumentationen. Der bør ske en tæt og løbende opfølgning af dokumentationssystemet. Sct. Annæ Hjem bør nøje følge og evaluere på handleplanskonceptet med henblik på at det lever op til beboerens behov.”

I forbindelse med mit møde med Sct. Annæ hjemms ledelse fik jeg den opfattelse, at tilsynets anbefalinger er taget til efterretning, og at der var taget initiativ til at få fulgt op på tilrettelæggelse og opfølgning på botilbuddets dokumentationssystem som anbefalet af tilsynet.

Jeg foretager på den baggrund ikke yderligere vedrørende dette forhold.

II. PERSONALEFORHOLD

REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE

Ledelsen oplyste på tidspunktet for inspektionen, at det på det seneste særligt var vanskeligt at fastholde hjemmevejledere. Der har således været en større udskiftning i staben, idet fem ud af otte er fratrådt stillingen inden for de seneste seks måneder, og det har haft negativ betydning for beboerne med de mange nye ansigter.

Ledelsen oplyste videre, at der arbejdes med personalefastholdelse blandt andet gennem fokus på medarbejdertrivsel og formulering af en sygefraværspolitik.

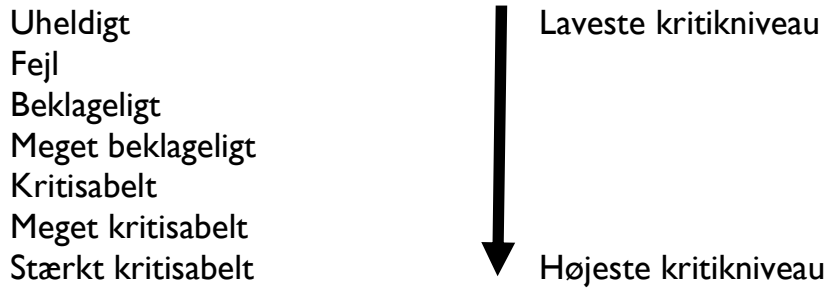
To af de beboere, der havde bedt om en samtale med mig, gav endvidere udtryk for, at de hyppige medarbejderudskiftninger gjorde dem utrygge. Samme beboere havde endvidere den opfattelse, at personalet brugte for meget tid på administrativt arbejde. Synspunkter som jeg gengav på et møde med ledelsen ved inspektionens afslutning.

Jeg har i den forbindelse noteret mig, at ledelsen er opmærksom på de problemstillinger, som nogle beboere har rejst vedrørende dette emne.

Jeg har ingen yderligere bemærkninger hertil.

BORGERRÅDGIVERENS KRITIKSKALA

Borgerrådgiverens kritikskala



Kritikskalaen spænder fra konstatering af forhold, der ikke er, som de bør være, uden at nogen konkret bebrejdes herfor (uheldigt) over kritik af forhold, der er mere eller mindre almindeligt forekommende i offentlig forvaltning, men ikke bør forekomme og til kritik af helt utilstedelige og uacceptable forhold (stærkt kritisabelt). Konstatninger af at noget er uheldigt, registreres ikke som en egentlig kritik i Borgerrådgiverens statistik.

Det bemærkes, at Borgerrådgiveren udover ovennævnte kritikskala naturligvis supplerende kan uddybe og kvalificere sin kritik i almindeligt sprog.

INSPEKTION AF SCT. ANNÆ HJEM

ENDELIG RAPPORT

Redaktion

Borgerrådgiveren

Kontakt

Københavns Kommune
Vester Voldgade 2A
1552 København V

Foto

Borgerrådgiveren

Tryk

Oplag

ISBN

Udgiver

Borgerrådgiveren

KØBENHAVNS KOMMUNE

Borgerrådgiveren

Vester Voldgade 2A

1552 København V

Telefon: 33 66 14 00

Telefax: 33 66 13 90

E-mail: borgerraadgiveren@kk.dk

www.borgerraadgiveren.kk.dk