



## **Bilag 1**

13. november 2012

### **Redegørelse for konkret sag på Nybodergården**

Sagsnr.  
2012-160689

#### **Førord**

På baggrund af Sundheds- og Omsorgsudvalgets møde den 20. september besluttede Sundheds- og Omsorgsborgmesteren den 25. september, at Center for Organisation skulle udarbejde en redegørelse for sagen på plejehjemmet Nybodergården. Redegørelsen skal indeholde tre dele:

Dokumentnr.  
2012-888709

Sagsbehandler  
Kjeld Bo Christiansen

- en kronologisk beskrivelse af sagsforløbet på baggrund af dokumenter i sagen.
- en kortlægning af håndtering og reaktioner på de hændelser, der har været i sagsforløbet fra Nybodergården, lokalområdet IBØ og den øvrige forvaltning.
- en samlet vurdering af, om håndteringen af sagsforløbet har været tilfredsstillende fra Nybodergården, lokalområdet IBØ og den øvrige forvaltning.

Redegørelsen skal give direktion, borgmester og udvalg et klart og fælles billede af, hvad der er sket i sagen samt en vurdering af håndteringen heraf.

Redegørelsen har anonymiseret personoplysninger og hændelser, som kan henføres til borgere eller pårørende i sagen. Vurderingerne og konklusionerne refererer til fortrolige journaler og dokumenter, som indgår i to bilag, som indeholder personfølsomme oplysninger.

Bilag 1.1 Hændelseskronologi for konkret sag på Nybodergården.

Bilag 1.2 Relevante personalesager på Nybodergården.

**CFO Organisation og HR**

Sjællandsgade 40  
2200 København N

Telefon  
3530 3817

Mobil  
2512 7555

E-mail  
YZ7E@suf.kk.dk

www.kk.dk

## Indhold

<b>Redegørelse for konkret sag på Nybodergården.....</b>	<b>1</b>
Forord .....	1
<b>Sagsresumé.....</b>	<b>3</b>
Konklusioner .....	4
Anbefalinger.....	6
<b>Om Nybodergården .....</b>	<b>6</b>
<b>Rammer for sagen.....</b>	<b>7</b>
<b>Metode.....</b>	<b>8</b>
<b>Forløbet for borgerne .....</b>	<b>8</b>
Borgernes indflytning .....	8
Hændelsen den 27. oktober 2011 .....	9
Reaktioner på hændelsen den 27. oktober 2012.....	9
Vurdering af forløbet for borgerne .....	10
Konklusion på forløbet for borgerne.....	11
<b>Forløbet for de pårørende.....</b>	<b>11</b>
Vurdering af forløbet for de pårørende .....	12
Konklusion på forløbet for pårørende.....	14
<b>Forløbet for medarbejderne .....</b>	<b>14</b>
Før den 27. oktober 2011 .....	15
Hændelsesforløb fra 27. oktober 2011.....	15
Status for relevante personalesager .....	16
Vurdering af opfølgning over for medarbejdere.....	16
Konklusion på opfølgning over for medarbejderne .....	16
<b>Forløbet for ledelsen .....</b>	<b>17</b>
Hændelsesforløb fra 27. oktober 2011.....	18
Vurdering af ledelsens rollevaretagelse .....	19
Konklusion på ledelsens rollevaretagelse .....	20

## Sagsresumé

Sagen om Nybodergården handler om et forløb, hvor institutionens ledere og medarbejdere handler i et skønsmæssigt felt mellem borgernes krav på selvbestemmelse og selvsamme borgeres krav på omsorg, når de ikke er i stand til at varetage deres egne behov. I dette skøn indgår faglige vurderinger, etiske hensyn og omsorg for borgere og pårørende, som kun vanskeligt lader sig regulere af faste regler og instrukser.

Sagen har udspring i en situation den 27. oktober 2011, hvor en kvindelig og en mandlig beboer på hjemmet observeres i den mandlige beboers bolig under en seksuel handling, og hvor der under og efterfølgende er tvivl fra medarbejdere om, hvorvidt der har været tale om en situation, som begge parter har ønsket, eller om der var tale om et seksuelt overgreb på kvinden.

Redegørelsen indeholder en kronologisk beskrivelse og gennemgang af sagsforløbet, kortlægger håndtering af og reaktioner på de væsentligste hændelser og giver en samlet vurdering af, om håndteringen har været tilfredsstillende. Redegørelsen omfatter såvel selve forløbet på Nybodergården og vurderingerne heraf, som den rolle lokalområdet og Centralforvaltningen har spillet undervejs i forløbet.

I den tidligere orientering af udvalget har vægten været på spørgsmålet om de pårørendes krav om at blive holdt løbende informeret.

Sagsredegørelsens fokus er bredere, idet den afdækker og vurderer på forløbet set fra fire forskellige vinkler (borgerne, pårørende, medarbejderne og ledelsen). Desuden vil orienteringen af Sundheds- og Omsorgsudvalget blive belyst. Dette giver nogle andre perspektiver på sagsforløbet, herunder:

- vurderinger af, om der er taget tilstrækkeligt hensyn til borgernes omsorg.
- vurderinger af, om de pårørende er inddraget korrekt.
- vurderinger af, hvilke initiativer som er truffet overfor medarbejderne.
- vurdering af, hvordan ledelsen/lederne har udfyldt deres respektive roller og ansvar.

Politiet undersøger for tiden, om der har fundet overgreb sted. Sagsredegørelsen vil derfor ikke konkludere på dette spørgsmål. Det er derimod vurderet i redegørelsen, hvorledes ledelse og medarbejdere har forvaltet handle rummet i forhold til borgere og pårørende.

Følgende kan på baggrund af sagsredegørelsen konstateres:

- Plejehjemsledelsens vurdering af hændelsen den 27/10 er, at beboerne G og K ønsker samværet. En gruppe på 4 medarbejdere er uenig i ledelsens vurdering om, hvorvidt der bør ske kontakt til politiet, og særligt hvorvidt de pårørende skal kontaktes. Det kan ikke ud fra sa-

- gen dokumenter afgøres, om der var tale om uønsket samvær fra G's side.
- Der blev afholdt møde mellem plejehjemsledelsen og de pårørende den 31. oktober, hvor det blev aftalt, at ledelsen skulle orientere om ændringer i dagligdagen for G.
  - Der bliver handlet på hændelsen fra plejehjemsledelsens og lokalområdets side umiddelbart efter hændelsen, bl.a. med kompetenceudviklende initiativer, som forløber frem til og med den 15. marts.
  - Der bliver udarbejdet sociale handleplaner for begge borgere med hjælp fra lokalområdets demenskonsulenter.
  - Den 31. januar 2012 bliver der på baggrund af endnu en hændelse udarbejdet indberetning om magtanvendelse nr. 2, som ikke ses at have givet plejehjemsledelsen anledning til at ændre vurdering af relationen mellem G og K.
  - Der kan efter den 27. oktober 2011 konstateres yderligere hændelser mellem G og K, hvor der den 31. januar og den 7. marts i 2012 er tale om eksplicit seksuel adfærd.
  - Der bliver ikke fra plejehjemsledelsens side givet underretning til eller anmodet om samtykke til at underrette de pårørende i denne forbindelse.
  - Efter hændelsen den 7. marts 2012 handles der ved at sætte vagt på K. Denne udvides den 23. marts 2012 til 24-timers vagt.
  - Lokalområdechefen går på møde den 26. marts 2012 aktivt ind i sagen efter fornyet henvendelse fra de pårørende, og hun beklager her bl.a. plejehjemsledelsens håndtering og manglende orientering af de pårørende efter hændelsen den 7. marts. 2012.
  - K fraflytter Nybodergården den 24. juli 2012.
  - Sagen bliver medieomtalt første gang den 26. juni 2012 i Kristeligt Dagblad
  - Lokalområdechefen overtager med støtte fra Centralforvaltningen mediehandling.

En kronologisk gennemgang af hændelserne fremgår af bilag 1.1, og en gennemgang af personalesagerne fremgår af bilag 1.2.

## Konklusioner

Over for de borgere, som sagen omhandler, G og K, er der konstateret en række hændelser, hvor det vurderes, at der er grebet for sent ind. Det har medført, at en af borgerne har været udsat for manglende omsorg, da man lod hensynet til borgerens privatliv gå forud for beskyttelseshensynet.

Den ledelsesvurdering, der lå bag prioriteringen af hensynet til borgernes privatliv, behøver ikke at være forkert ved den første hændelse den 27. oktober 2011, men det forhold, at plejehjemsledelsen vælger at fastholde vurderingen, uden vedvarende at afprøve holdbarheden i sin vurdering, betyder, at der efterfølgende ikke bliver reageret i tide. Det er først efter en senere hændelse i marts måned, at der ageres effektivt fra ledelsens side med skærmende handlinger.

Lokalområdeledelsen og plejehjemmets ledelse har handlet hurtigt over for konstaterede mangler i medarbejdernes kompetencer på demensområdet, idet der iværksættes møglermøder og uddannelsesforløb af medarbejderne.

De pårørende har oplevet en mangelfuld information om deres mor, og har oplevet medarbejdere, som ikke har været i stand til at tale frit med dem, specielt om hændelserne med K. Denne adfærd kan have været en negativ konsekvens af det forløb, der igangsættes omkring kompetenceudvikling.

Sagsredegørelsen lægger vægt på behandlingen af de to indberetninger om magtanvendelse, som er i sagen, og i det hele taget på, hvilken slags pligt der er i forhold til udarbejdelse af og orientering om magtanvendelse og reaktion på magtanvendelse. I begge tilfælde lukker medarbejderne sig ind i K's private bolig, skiller dem ad ved at tale til dem og følger G tilbage til sin egen bolig. I sagen på Nybodergården inddrages de pårørende til G ikke efter indberetningerne om magtanvendelse. Herved har borgeren ikke haft en nærtstående til at hjælpe sig i forhold til de nævnte magtanvendelsessituationer, f.eks. med sin retstilling ift. klageadgang, når dette er muligt.

De pårørende har oplevet, at de på et møde med forstander og repræsentant fra Centralforvaltningen, er blevet anbefalet ikke at foretage politianmeldelse. Der er dog ikke enighed om hvilken rådgivning, der blev givet på mødet. Der er ikke udarbejdet notat fra mødet.

De pårørende oplever endvidere, at plejehjemsledelsen ikke respekterer indgåede aftaler med de pårørende, og de har en forventning om, at de efter mødet den 31. oktober bliver orienteret om ændringer i G's adfærd og dagligdagen for G. Specielt efter hændelserne den 31. januar 2012 og den 7. marts 2012 lever plejehjemsledelsen ikke op til denne aftale.

Der foreligger ikke selvstændige retningslinjer for politianmeldelse i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, hvilket evt. kunne have hjulpet parterne i den opståede situation.

Der konstateres, at lokalområdet har ydet driftsstøtte til Nybodergårdens ledelse og medarbejdere umiddelbart efter den første hændelse. Den ledelsesmæssige opmærksomhed fra lokalområdet kunne retrospektivt have været ønsket sat ind tidligere, men der ses ikke at have været anledninger til eller signaler fra Nybodergården, som skulle have medført et hurtigere indgreb fra lokalområdets side.

Det vurderes, at hvis der havde været et velfungerende forhold mellem ledelse og medarbejdere på 2. sal på Nybodergården, havde forløbet efter den første hændelse sandsynligvis ikke udviklet sig, som det skete. Dette undskylder ikke plejehjemsledelsens manglende indgriben, men præciserer ledelsesansvaret og er med til at forklare, hvorfor problemet voksede sig så stort, som det gjorde.

Plejhjemsledelsen har ikke overholdt aftaler om information af de pårørende og har ikke løbende vurderet, om tidligere ledelsesbeslutninger burde revideres med konsekvenser for borgernes omsorg. Desuden lægges det umiddelbart til grund, at der er afgivet usande/henholdende svar til de pårørende.

Ovenstående konklusioner giver anledning til en række konkrete justeringer, som gennemgås i nedenstående anbefalinger.

## Anbefalinger

- At procedurerne for indberetning af magtanvendelse præciseres sådan, at pårørende bliver inddraget i de situationer, hvor en borger ikke selv kan varetage sine interesser, samt at lokalområdechefen modtager kopi af disse, så det er muligt at følge op herpå.
- At det præciseres, at plejecentrene af egen drift skal indhente samtykke til at inddrage og informere de pårørende samt af egen drift rådgive om værgemål, hvor det vurderes, at det vil være formålstjenligt af hensyn til at kunne tilrettelægge den bedst mulige pleje og omsorg for beboeren.

Et af de centrale elementer i denne sag er, at en gruppe medarbejdere er uenige i ledelsens beslutninger om, hvordan episoden den 27. oktober 2011 skal håndteres. I stedet for at følge det, der er normal procedure i sager, hvor man som medarbejder finder, at man er i et etisk dilemma om alvorlige spørgsmål og går til den nærmeste leder (forstanderen) eller ved fortsat uenighed går til dennes foresatte (lokalområdechefen), vælger man at handle mod instruks. På den måde afskærer medarbejderne den normale ledelseskæde i at kunne reagere rettidigt og korrekt.

- Forvaltningen vil derfor allerede nu drøfte med det centrale MED udvalg, om der er behov for særlige initiativer med henblik på at sikre, at der er klarhed om hvordan medarbejdere og ledere skal forholde sig ved alvorlige etiske dilemmaer skal der med inddragelse af forvaltningens centrale MED udvalg ses på behovet for initiativer, der kan forebygge lignende situationer på plejehjemmene og som kan supplere de initiativer der allerede er taget som følge af denne sag, om hvor man går hen med spørgsmål i sådanne svære sager.

## Om Nybodergården

Nybodergården er en selvejende institution stiftet af Holmens, Garnisons og Frederiks sogne og tilknyttet Samvirkende Menighedsplejer. Beboerne er ældre med almindelig alderdomsvækkelse, ofte med tilknytning til lokalområdet.

Institutionen består af 54 boliger på gennemsnitlig 24 kvadratmeter med eget køkken, bad og toilet. Boligerne er fordelt på to etager.

Der er i alt godt 50 fuldtidsstillinger på Nybodergården, og der var i oktober 2011 godt 20 medarbejdere (fuldtids og deltids), som arbejdede på 2. sal.

## Rammer for sagen

Nybodergårdens forstander refererer til den selvejende institutions bestyrelse og er underlagt generelle styringsforhold i Københavns Kommune, som er beskrevet i den gældende driftsoverenskomst.

Sagen har udspring i en situation den 27. oktober 2011, hvor en kvindelig og en mandlig beboer på hjemmet observeres i den mandlige beboers bolig under en seksuel handling, og hvor der under og efterfølgende er tvivl hos medarbejdere om, hvorvidt der har været tale om en situation, som begge parter har ønsket, eller om der var tale om et seksuelt overgreb på kvinden.

Efterfølgende indtræder en række yderligere begivenheder, som bl.a. fører til en situation, hvor de pårørende er utilfredse med dialogen med plejehjemmet, og der kører en række personalesager. Sagen får i juni måned en medarbejder til at gå til Kristeligt Dagblad med sagen, og forløbet beskrives i Kristeligt Dagblad den 26. juni 2012.

Den efterfølgende omtale i medierne af sagen og fremlæggelser for Sundheds- og Omsorgsudvalget betyder, at de pårørendes og andre aktørers opfattelse skærpes med krav om ansættelsesretlige konsekvenser for afdelingsleder, forstander, lokalområdechef og embedsmænd i den centrale forvaltning.

Sagens forløb bliver i redegørelsen opdelt i en række ”vinkler” (borger-, medarbejder-, ledelses-, pårørende), hvortil redegørelsen knytter specifikke konklusioner.

Den efterfølgende orientering af Sundheds- og Omsorgsudvalget har været bestemt af tidspunktet for offentliggørelse af artikel om sagen i Kristeligt Dagblad den 26. juni 2012 og frem.

De enkelte hændelsesforløb vil blive beskrevet i en række faser:

1. Indflytningerne på Nybodergården
2. Hændelsen den 27. oktober 2011
3. Reaktionerne på hændelsen den 27. oktober 2011
4. Hændelser efter den 27. oktober 2011
5. Situationen efter medieomtale den 26. juni 2012.

Disse faser vil blive inddraget i relevant omfang i de enkelte afsnit for hhv. borgere, medarbejdere, ledelse og pårørende.

## Metode

Redegørelsens tidsmæssige afgrænsning vil hovedsagelig være bestemt af perioden, hvor den første af de to beboere (manden) flytter ind på Nybodergården i marts 2011 og frem til den mandlige beboer fraflytter Nybodergården 24. juli 2012.

Til brug for undersøgelsen er der udarbejdet demensprofilerne af de to borgere af demenskonsulenter, sygeplejerske Jytte Hansen og cand. psyk. Birgitte Hein Kluwer. Demensprofilerne er baseret på baggrund af dokumentation i KOS.

Herudover har der for at sikre inddragelse været et møde mellem pårørende i sagen og CFO under udarbejdelsen af redegørelsen.

Redegørelsen vil kun beskrive hændelser, som er relevante i forhold til den måde, hvorpå borgere og pårørende er blevet behandlet.

Redegørelsen vil ikke beskrive de initiativer, som er truffet ifm. personalsager og kompetenceudvikling, med mindre det har haft en direkte konsekvens for eller belyser den måde, borgere og pårørende er blevet behandlet på i sagen. Personalejuridiske sager og kompetenceudvikling vil derimod blive vurderet i forbindelse med de anbefalinger, som undersøgelsen giver i forbindelse med det fremadrettede arbejde

Redegørelsen vil ikke omfatte håndtering af presse i sagsforløbet, med mindre det har haft en direkte konsekvens for den måde, borgere og pårørende er blevet behandlet på i sagen.

Det i denne redegørelse beskrevne hændelsesforløb er baseret på en sammenstilling af KOS-journaler samt anden relevant dokumentation af forløbet for de to borgere. Det kronologiske hændelsesforløb for de to borgere fremgår af hændelseskronologien i bilag 1.

KOS-journalerne er, ført med noget svingende omhu. Det er derfor muligt, at netop alternativ dataindsamlinger ville have kastet yderligere lys over hændelserne, specielt hændelsen den 27. oktober 2012. Hvorvidt der har været tale om en strafbar handling er uden for denne sagsredegørelse, men er emnet for den igangværende politiundersøgelse.

## Forløbet for borgerne

Forløbet for borgerne kortlægger håndtering og reaktioner på de hændelser, der har været i sagsforløbet i forhold til de involverede borgere. Vurderingen af forløbet foregår i et felt mellem hensynet til borgerens privatliv og selvbestemmelse på den ene side og hensynet til borgerens omsorg på den anden.

### Borgernes indflytning

K flytter ind den 7. marts 2011, og G flytter ind den 13. april 2011.

Begge borgere har en problematisk start på Nybodergården.



I perioden op til hændelsen den 27. oktober 2011 er begge i bedring. G genvinder sin gangfunktion og bliver meget mere udadvendt, og K bliver mere frisk, går byture og genoptager gamle vaner og adfærd.

### **Hændelsen den 27. oktober 2011**

Den 27. oktober omkring kl. 14 leder en elev på Nybodergården efter G. Eleven har fundet G's rollator på gangen og er bekymret for, om G er faldet. Eleven finder G i K's bolig, hvor de er i gang med en seksuel handling. Eleven er i tvivl om, hvordan hun skal forholde sig, og henter hjælp fra det faste personale, som tolker, at handlingen bør stoppes, og kvinden hjælpes.

Af forstanderens redegørelser for episoden fremgår det, at hun blev ringet op om eftermiddagen, mens hun var på Grøn Smiley-seminar med MED-udvalget, og blev orienteret om ovenstående. Hun aftaler med medarbejderen, at hun ringer op igen. Efter forstanderen har konsulteret afdelingslederen og G's kontaktperson vurderer ledelsen, at begge beboere har haft "et behov/lyst til samværet". Derfor skulle alle tage det "stille og roligt".

### **Reaktioner på hændelsen den 27. oktober 2012**

Af forstanderens redegørelse fremgår det, at hændelsen efterfølgende bliver genstand for en del uenighed.

Yderligere fremgår det af Sundhedsstyrelsens svar den 7. september 2012 til lokalområdechefen på baggrund af Embedslægens gennemgang af sagen, at der er to notater, som er flyttet til et andet sted i journalen uden reference, hvilket ikke er i overensstemmelse med reglerne for journalføring § 11, stk. 2 og 3.

De to notater flyttes med den begrundelse, at de indeholder vurderinger af ledelsens beslutninger, andre borgere, og hvad der bør gøres ift. pårørende. De to notater flyttes uden angivelse af, at de er blevet flyttet, og selv om de indeholdt faktuelle oplysninger.

Af notaterne fremgår væsentlige faktuelle oplysninger, herunder det, der af notatskriveren bliver tolket som råb om hjælp samt G's ængstelse og urolighed dagen efter, som netop er det medarbejderne, af ledelsen telefonisk, er blevet bedt om at bemærke. De to notater er skrevet af medarbejdere, der ikke selv har overværet hændelsen.

En af disse medarbejdere kontakter endvidere en læge under stuegang. Lægen underskriver et notat om sagen, som han sidenhen trækker tilbage.

I forløbet herefter indtræder en række hændelser mellem G og K (jf. bilag 1), specielt hændelser den 31. januar 2012, hvor der foretages magtindberetning, og hændelse den 7. marts 2012 i fællesstuen, hvor det tydeligt fremgår, at G ikke ønsker seksuel kontakt, og hvorpå det gives vagt til den mandlige beboer.

## Vurdering af forløbet for borgerne

Hvorvidt der er tale om, at samværet mellem G og K den 27. oktober 2011 var ønsket eller ej, kan ikke konstateres entydigt ud fra de noter, som fremgår af KOS-journalerne. Der er intet i journalnotaterne, som tyder på, at G og K var et par eller havde en særlig tæt relation. På den anden side har de begge udvist en fysisk kontaktsøgende adfærd umiddelbart inden. I den situation vurderer ledelsen (forstanderen og afdelingsleder), at samværet mellem G og K den 27. oktober 2011 var ønsket af begge parter. Vurderingen er afgørende for den måde, hvorpå plejhjemsledelsen og medarbejderne efterfølgende behandler borgere og pårørende. Det, der kan konstateres, er, at der var uenighed om vurderingen af situationen. I forlængelse heraf var der tillige uenighed om, hvorvidt politiet skulle kontaktes, og der var uenighed om, hvorvidt de pårørende skulle informeres.

Hændelsesforløbet siger ikke noget om den konkrete dialog mellem ledelse og medarbejdere om eftermiddagen, men ud fra beretningerne og notaterne ses der ikke at være større uenighed om ledelsesvurderingen og beslutningen på selve dagen. Det er i dialogen mellem medarbejderne efterfølgende, at en gruppe af medarbejdere, som ikke har overværet hændelsen, positionerer sig mod ledelsens beslutning, specielt i spørgsmålet om tavshedspligt versus orienteringspligt til pårørende.

Der er i SUF ikke en generel praksis for at politianmelde svage borgere i den situation, som G og K var i, og der ligger ikke konkrete retningslinjer for politianmeldelse i den situation. Det vil imidlertid altid være lederens ansvar at vurdere, om der skal indgives anmeldelse, når forurettede ikke selv er i stand til det som følge af funktionsnedsættelse.

En konsekvens af plejhjemsledelsens vurdering af, at samværet mellem G og K er frivilligt, er, at de pårørende ikke skal orienteres, idet hensynet til borgernes selvbestemmelse vejer tungest. På den anden side er der anvendt magt for at skille borgerne ad. En sådan situation kan i sig selv give anledning til overvejelse om, hvorvidt de pårørende skal informeres. Der er imidlertid i SUF ikke konkrete retningslinjer herom eller fast praksis for at orientere pårørende om magtanvendelse. Som følge af ledelsesvurderingen af samværets karakter besluttes det, at der udføres de mindst indgribende handlinger overfor G og K. G bliver observeret, og K bliver vejledt. Dermed er der ikke iværksat foranstaltninger for at skærme G og afskærme K fra andre beboere.

Plejhjemsledelsens vurdering af, at borgernes selvbestemmelsesret og den hermed forbundne tavshedspligt skulle veje tungest, betyder også i den konkrete sag, at muligheden for at korrigere denne vurdering bliver begrænset. Eksempelvis betyder pålæg om tavshed over for de pårørende til G, at hun ikke har en nærtstående til at hjælpe sig i forhold til de nævnte magtanvendelsessituationer, f.eks. med sin retstilling ift. klageadgang, når dette er en mulighed.

Forløbet frem til den 7. marts 2012, hvor det er tydeligt, at G ikke vil samværet, bærer præg af en optrapning af K's seksuelle adfærd, som kulminerer med hændelser i februar/marts måned 2012. Denne generelle adfærd fra K og specielt en hændelse den 31. januar 2012 sammenholdt med tvivlen i medarbejdergruppen kunne have givet ledelsen anledning til at justere beslutningen. Dette sker ikke. Virkningsfuld justering sker først efter den 7. marts 2012, hvor der sættes vagt på K fra 15-20, og som den 26. marts udvides til 24 timers vagt.

### **Konklusion på forløbet for borgerne**

Sammenfattende kan det konkluderes, at den beslutning, som plejehjemsledelsen træffer den 27. oktober 2011, har forsøgt at sikre G og K's privatliv, men samtidig har indebåret en risiko for G's og K's omsorg, fordi den så konsekvent er ført ud i livet over for både borgere, pårørende og medarbejdere uden tilstrækkelige muligheder for at genoverveje behovet for støttende og skærmende handlinger overfor de to involverede borgere.

Ledelsen foretager en vurdering, som efterfølgende ikke kan afprøves, fordi medarbejderne på flere måder bliver pålagt ikke at rejse tvivl om beslutningen. De pårørende kan ikke hjælpe, da de ikke ved, hvad der sker. Over for K, som må formodes ikke at vide, hvad han gør, eller som ikke kan kontrollere sine handlinger, gribes der ikke ind i tide med effektiv afskærmning. Der reageres fra slutningen af januar/begyndelsen af februar 2012 for langsomt på ændringen i karakteren af kontakterne mellem G og K. Som konsekvens hermed får G ikke den omsorg, som hun har behov for.

Efter hændelsen 7. marts 2012 sættes der ind med fast vagt og afskærmning af K, som udvides til 24 timers vagt den 26. marts 2012. Senere 24. juli 2012 fraflytter K. K kunne ikke være flyttet med tvang på et tidligere tidspunkt.

### **Forløbet for de pårørende**

Relationerne mellem ledelse og de pårørende har været en nøgleproblemstilling i hele sagen. De pårørende har under sagen følt sig dårligt informeret, og de har været overbeviste om, at der er sket seksuelle overgreb på G. Derfor er problemstillinger vedrørende pårørende helt central.

De pårørende er blevet mødt med et regelsæt om selvbestemmelse og tavshedspligt, som har virket uforståelig for dem og deres ønske om at varetage deres mors omsorg. Problemstillingerne er, hvorvidt det var korrekt ikke at informere de pårørende, og i hvilke situationer dette var tilfældet, samt hvorvidt det har været muligt at imødekomme de pårørendes behov for information.

De pårørende mødes med ledelsen flere gange efter hændelsen den 27. oktober 2011, herunder den 31. oktober 2011, som en direkte opfølgning på hændelsen den 27. oktober 2011, hvor de pårørende ønsker at blive informeret om alt, hvad der angår G. På mødet var der enighed om fortsat at obser-

vere ændringer i beboerens adfærd og almene velbefinde og det blev aftalt, at de pårørende informeres om eventuelle ændringer samt om dagligdagen for beboeren.

Den 6. januar 2012 på et møde mellem forstander og pårørende og en repræsentant for centralforvaltningen med det formål at oplyse de pårørende om tavshedspligt og vilkårene ifm. en eventuel politianmeldelse. Der er meget forskellige udlægninger af dette møde. De pårørende oplever utvivlsomt, at de er anbefalet ikke at indgive politianmeldelse. Der er ikke lavet notat af dette møde.

De pårørende har gennem forløbet oplevet, at det er dem, der skal tage initiativ til møder. Dette er eksempelvis tilfældet ifm. mødet den 26. marts 2012 mellem lokalområdechef, forstander og de pårørende. Mødet bliver til på baggrund af brev fra de pårørende, hvor det nævnes, at de er blevet orienteret om, at deres mor har været udsat for flere krænkende situationer. Før mødet har familien oplevet at være blevet løjet overfor i forbindelse med direkte forespørgsler til afdelingslederen, og på selve mødet griber lokalområdechefen ind ift. forstanderen for at sikre, at der er overensstemmelse mellem de informationer, der ligger i KOS-journalen, og de svar, de pårørende får.

De pårørende havde et ønske om at mødes med medarbejdere, som havde den daglige og nære kontakt til deres mor. Dette bliver først indfriet den 3. juli 2012, hvor lokalområdechefen også deltager.

Den 13. august 2012 er der et foreløbigt sidste møde med de pårørende, hvor lokalområdechefen deltager. På dette møde udtrykker de pårørende bl.a. ønske om at få en undskyldning fra forstanderen og en tilkendegivelse fra borgmesteren om, hvad forvaltningen vil gøre for at vejlede om forholdet mellem tavshedspligt og selvbestemmelse.

### **Vurdering af forløbet for de pårørende**

De pårørende til G er under dette forløb stillet i en situation, som er uforståelig for dem. De ønsker at hjælpe deres mor og varetage hendes interesser. For at kunne gøre dette har de behov for løbende relevant og rettidig viden om begivenheder og vurderinger, der har betydning for deres mors omsorg og trivsel. Herover står, at ledelse og personale skal respektere, at ældre (demente eller ej) på plejehjem har ret til et privatliv. Personalet må ikke viderebringe oplysninger om seksuel adfærd, utroskab eller andre forhold, som normalt vil blive betragtet som liggende inden for privatlivets område.

Vurderingen af hændelsen den 27. oktober 2012 er afgørende for, om de pårørende kan informeres eller ej. Lægges ledelsens vurdering af hændelsen til grund, og er der hermed tale om et frivilligt forhold, er det korrekt, at de pårørende ikke skal eller må informeres uden samtykke.

Hvis G's helbred blev påvirket, ville forholdet til information af de pårørende have været anderledes, idet datteren til G ifølge visitationspapirerne er

den, der varetager G's helbredsmæssige forhold (jf. også her Sundhedsstyrelsens kommentarer til forvaltningen af 7. september 2012).

De pårørende får den 6. januar 2012 juridisk rådgivning af forvaltningen. De pårørende har flere gange fremhævet, at de i denne situation er blevet frarådet at politianmelde.

I situationerne den 27. oktober 2011 og den 31. januar 2012 mellem G og K anvendes der, som det fremgår af indberetningen om magtanvendelse, ”en form for institutionel magt”, som vurderes omfattet af Servicelovens § 126. I en situation, hvor der anvendes magt over for en person, som ikke selv kan tage vare på sin retstilling, skal det overvejes, om pårørende skal inddrages, for at sikre borgeren klageadgang – også selv om klageadgangen i visse situationer er begrænset – gennem sine pårørende.

Dersom G har ret til at klage, men ikke selv kan udforme klagen, burde G's pårørende have været overvejet inddraget.

Efter hændelsen den 31. januar 2012 skulle det have været overvejet at inddrage de pårørende, idet datteren varetager G's helbredsmæssige forhold (iht. psykisk pleje og omsorg for G).

Det bemærkes endvidere, at hele sagsforløbet har fremstillet kvinden som den forurettede part. K, der hverken kan varetage sin egen retsstilling eller har pårørende, der kan gøre det på hans vegne, står i den svageste mulige situation med henblik på at kunne forsvare sig mod de anklager, der direkte og indirekte rettes mod ham. Det kan ikke udelukkes, at dette har haft en betydning på den måde G's pårørende er blevet informeret på.

Dokumentationen for magtanvendelse har på grund af manglende inddragelse af de pårørende ikke muliggjort afprøvning af den myndighedsbeslutning, der ligger bag.

Information af pårørende generelt i forbindelse med magtanvendelse bør overvejes set i lyset af sagsforløbet, da det ikke i udgangspunktet forekommer etisk og juridisk korrekt at hindre klageadgang over magtanvendelse mod borgere, der ikke selv kan tage vare på deres retsstilling med henvisning til borgerens selvbestemmelse og dermed tavshedspligt. På dette område bør det overvejes, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen indfører en praksis, som sikrer borgerens retstilling bedre end i dag.

Det forventes, at svaret fra Borgerrådgiveren yderligere vil bidrage til denne indfaldsvinkel.

Derudover er det kritisabelt, som det også fremgår af svar til Birte Skaarup af 3. juli 2012, at de pårørende ikke er blevet informeret efter hændelsen den 7. marts 2012, hvor G tydeligvis ikke har været interesseret i seksuelt samvær med K, og hvor hun bliver holdt fast af K.

Plejhjemsledelsen burde derfor have overvejet om hændelsen den 7. marts 2012, eftersom G blev fastholdt i en seksuelt krænkende situation og tydeligt siger fra. I den forbindelse skal det nævnes, at det i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen altid er en ledelsesbeslutning, såfremt der skal indgives politianmeldelse på vegne af personer, som har nedsat funktionsevne.

Den efterfølgende håndtering i pressen og reaktionerne herpå har formentlig yderligere skærpet de pårørendes opfattelse af forløbet. Specielt har redaktionelle udlægninger af G og K's relation som "kærester", og at der ikke er sket noget ulovligt, eftersom der ikke foreligger politianmeldelse, været provokerende for de pårørende. Den konkrete udvikling af dialogen gennem medierne viser, at forvaltningen har et særligt ansvar for at samle dialogen op med de pårørende.

De pårørendes fremsatte ønske om at flytte K har forvaltningen ingen mulighed haft for at imødekomme. Til gengæld blev der med socialpædagogiske midler sat kraftigt ind for at få K til at ønske bolig på et andet plejecenter, hvilket lykkedes.

### **Konklusion på forløbet for pårørende**

Det kan konkluderes, at ledelsens vurdering af samværet mellem G og K den 27. oktober 2011 har hindret de pårørende i at hjælpe G fysisk, psykisk og i forhold til hendes retsstilling. Reglerne på området er komplicerede, og SUF har ikke haft en klar praksis for, hvordan indberetninger om magt skal anvendes efterfølgende i forhold til de pårørende (jf. guiden: *Borgere med komplekse problemstillinger*), og dette har medført at ledelse og medarbejdere ikke sammen har været i stand til at finde den rigtige samarbejdsform med de pårørende.

De pårørende er efter eget udsagn blevet rådgivet om deres juridiske stilling, herunder i spørgsmålet om politianmeldelse af hændelsen den 27. oktober 2011. Der er mellem de pårørende og forvaltningen uenighed om, hvad indholdet af denne rådgivning har været i forhold til den konkrete sag.

SUF bør derfor overveje, hvordan vejledninger og regler kan gøres mere tydelige og operationelle for plejepersonale og ledelse.

### **Forløbet for medarbejderne**

Medarbejdernes har under forløbet været stillet i en situation, hvor der er stillet kraftige spørgsmål ved deres opfattelse af faglighed i omsorgen for de ældre på den ene side og den lovgivning, som opstiller rammebetingelser for den institutionelle omsorg, på den anden.

Situationen den 27. oktober 2011 og de medarbejderreaktioner, som sker umiddelbart efter, foranlediger en ledelsesmæssig respons. Formålet med denne ledelsesmæssige respons er bl.a. at sikre personalets faglighed i forhold til demens, seksualitet, jura og magtanvendelse. Herudover indledes disciplinære sager.

Plejhjemsledelsens respons over for medarbejderne, og det forløb, der opstilles efter hændelsen den 27. oktober 2011, har vidtrækkende konsekvenser for den måde, hvorpå medarbejderne reagerer over for borgere og pårørende.

### **Før den 27. oktober 2011**

Hele forløbet omkring hændelsen den 27. oktober 2011 vidner om en manglende konstruktiv og lyttende dialog mellem en medarbejdergruppe og ledelsen på Nybodergården.

Af personalesagerne, som er gennemgået i bilag 2, fremstår et billede af en institution og især afdelingen på 2. sal, som på flere områder slås med alvorlige faglige og personalemæssige problemstillinger før den 27. oktober 2011.

Lokalområdet har støttet Nybodergården ledelsesmæssigt og organisatorisk i forhold til de problemstillinger lokalområdet havde afdækket i 4. kvartal 2011, idet man på dialogmøder fandt problemstillinger på specielt 2. sal (hvor G bor og K boede):

- Medarbejderne er ledelsesmæssigt lidt overladt til sig selv og til at træffe de vanskelige beslutninger mellem medarbejdere om opgave-  
deling.
- Bedre kommunikation mellem leder og medarbejder, herunder tale om de svære ting.
- Ønsker om at få synliggjort leders rolle.

I en undersøgelse af den sociale kapital på Nybodergården falder 2. sal dårligt ud på parametre som "samarbejde med ledelsen", "tillid" og "retfærdighed". 2. sal er på niveau med 1. sal på parameteret, "samarbejde i afdelingen".

Det samarbejds miljø, som har hersket på 2. sal kan have været en af årsagerne til, at ledelsen vælger at træffe og fastholde sin beslutning om, hvordan hændelsen den 27. oktober 2011 skulle tolkes.

### **Hændelsesforløb fra 27. oktober 2011**

Efter hændelsen den 27. oktober 2011 og den umiddelbare reaktion bemærkes det i forstanderens beretninger, at *"der var uro i medarbejdergruppen ved morgenstunden på Nybodergården 2. sal. Det viste sig, at episoden var blevet talt og videregivet til næstekommende vagthold"*, og videre: *"Nogle af medarbejderne var vrede over, at den ansvarshavende dagsygeplejerske, som havde vagt lørdag den 29. oktober 2011 ikke ville imødegå nattevagtens ønske om at tage kontakt til familien for at informere om episoden"*.

En af de medarbejdere, som var uenig med ledelsens vurdering, tager efterfølgende og mod ledelsens instruks kontakt til de pårørende.

Dette medfører inddragelse af lokalområdet i betydeligt omfang. Der sættes bl.a. ind med møder og kursusforløb for medarbejderne.

Efter offentliggørelsen den 26. juni 2012 i Kristeligt Dagblad bliver situationen mellem ledelsen og de af medarbejderne, som var uenige i ledelsens beslutning den 27. oktober 2011, kraftigt forværret.

### **Status for relevante personalesager**

Der er blevet gennemset 5 personalesager, hvoraf 3 er på medarbejderniveau og 2 er på lederniveau. De tre medarbejdere og den ene leder er ikke ansat længere. Forstanderen er efter ønske fritaget for tjeneste.

For afdelingslederen er der indgået aftale om fratrædelse med fritstilling fra den 8. august 2012.

- Den ene medarbejder er opsagt og hun er fratrådt den 30. september 2012. For den anden medarbejder er der indgået en aftale om fratrædelse (efter eget ønske), og hun er fritstillet fra den 2. august 2012. Den tredje medarbejder valgte at sige op den 7. december 2011.

Yderligere information om personalesagerne fremgår af bilag 2.

### **Vurdering af opfølgning over for medarbejdere**

Nogle medarbejdere har været uenige i den vurdering, som ledelsen lagde til grund for sine beslutninger efter hændelsen den 27. oktober 2011. De er i en række situationer gået uden om ledelsen og har overhørt ledelsens instrukser og anvisninger. Dette får afgørende indflydelse på det videre forløb.

Det kan ikke udelukkes, at hændelsen den 27. oktober 2011 i timerne og dagene efter, er indgået som en del af et magtspil mellem visse medarbejdere og ledelsen. At hændelsen er blevet gengivet i notaterne og mundtligt på 2. og 3. hånd samt tonen i nogle af de dokumenter, der indgår i personalesagerne, kan godt tyde herpå. Undersøgelser af arbejdsmiljøet umiddelbart op til hændelsen peger på, at der manglede tillid mellem ledelse og medarbejdere i den pågældende afdeling.

Imidlertid er der ingen tvivl om, ud fra sagens dokumenter, at hændelsen den 27. oktober 2011 har sat mange medarbejdere i et etisk dilemma og har påvirket grænserne mellem personlig vurdering og faglighed. Den efterfølgende omfattende indsats for at løfte medarbejdernes faglighed har i situationen også kunne tolkes som en reaktion, som udelukkede andre fortolkninger af hændelsen end ledelsens.

### **Konklusion på opfølgning over for medarbejderne**

Efter hændelsen den 27. oktober 2011 vælger plejehjemsledelsen at sikre medarbejdernes forståelse af problemstillingen gennem faciliterede møder af mæglerkarakter (jf. møde den 2. november 2011). I lighed med ledelsesbeslutningerne på andre områder bliver denne linje fulgt konsekvent. Både plejehjemmets ledelse med driftsstøtte fra områdeledelse vælger at handle hurtigt i situationen, hvor de oplever, at deres medarbejdere mangler indsigt i demente borgere, deres seksuelle behov og ret til privatliv.



Dette har formentlig ikke løst det etiske problem, som flere medarbejdere har været i. Når denne konsekvente ledelsesmæssige linje samtidig følges op af tjenstlig samtale med en medarbejder, må det have stået klart for medarbejderne, at ledelsen ikke ville se gennem fingre med yderligere forsøg på at omgå deres beslutninger.

Det skal bemærkes, at det i et referatet fra et møde mellem plejehjemmets ledelse og lokalområdets demenskonsulenter den 6. januar 2012 tydeligt bliver nævnt, at konkrete forespørgsler skal gå gennem leder eller afdelingsleder. Dette kan have sat medarbejderne i en vanskelig situation over for pårørendes forespørgsler, og de pårørende kan have oplevet, at de ikke bliver informeret og kan have en åben og fri dialog med de ansatte, som er tættest på deres mor.

Det har tidligere været nævnt, at det at plejhjemsledelsens vurdering af, at borgernes selvbestemmelsesret og den hermed forbundne tavshedspligt skulle veje tungest, betyder, at muligheden for at korrigere denne vurdering bliver begrænset. Den konsekvente måde, som ledelsen reagerer på overfor medarbejderne, begrænser dette yderligere. Dette kan have ført til, at medarbejderne ikke hurtigt nok har kunnet erkende og reagere på risikoen for, at situationen for G og K i starten af 2012 kunne udvikle sig i en retning.

## **Forløbet for ledelsen**

Ledelsen på Nybodergården står centralt i forståelsen af det, der sker efter hændelsen den 27. oktober 2011. I redegørelsen af forløbet for borgere, pårørende og medarbejdere er der allerede vurderet på store dele af plejhjemsledelsens beslutninger og konsekvenserne heraf. Der er her især lagt vægt på, at plejhjemsledelsen ikke har overholdt aftaler om information af de pårørende og ikke løbende har vurderet, om tidligere ledelsesbeslutninger burde revideres med konsekvenser for borgernes omsorg. Desuden lægges det umiddelbart til grund, at der er afgivet usande/henholdende svar til de pårørende.

Der vil i dette afsnit blive fokuseret på samspillet mellem plejhjemsledelsen og de øvrige ledelsesniveauer i forvaltningen og den rolle de har haft under forløbet, herunder om der reageres tilstrækkeligt hurtigt på de situationer, som opstår efter den 27. oktober 2012. Det vil sige, at redegørelsen her også omfatter ledelsen af lokalområdet og centralforvaltningens rolle.

De forskellige roller, som lederne indtager, fra afdelingsleder til direktion, bygger på forudsætninger om sammenhæng i ledelseskæden. Specielt har lokalområdeledelsen og ledelsen opad i forvaltningen været stærkt afhængig af, at ledelsen på Nybodergården leverede en troværdig vurdering af forløbet den 27. oktober 2011. Lokalområdechefens handlinger over for ledelsen på Nybodergården og bestyrelsen afhænger af, hvilken grad af tillid som lokalområdechefen kan have til plejehjemmets ledelse.

Plejhjemmet Nybodergården er et selvejende plejehjem, der ledes af en bestyrelse. Bestyrelsen har det overordnede ansvar for plejhjemmet, mens det faglige ansvar og den daglige ledelse af plejhjemmet varetages af forstanderen, der er ansat af bestyrelsen.

Via den indgåede driftsoverenskomst med Københavns Kommune indgår Nybodergården i Lokalområdet Indre By/Østerbros plejeboligtilbud, og i den sammenhæng stiller kommunen egne driftsunderstøttende funktioner til rådighed for den selvejende institution.

Bestyrelsens opgaver og ansvar er at påse at:

- Rammer og krav i driftsoverenskomsten efterleves, og at udmeldte mål efterleves.
- Budgetter og kommunens procedurer for budgetkontrol efterleves

Endvidere har bestyrelsen initiativpligt til at gøre kommunen opmærksom på, hvis aftalen ikke overholdes.

Det er bestyrelsen, som er arbejdsgiver, og det er bestyrelsen, som ansætter øverste leder med kommunens forudgående godkendelse.

Lokalområdechefen varetager den overordnede ledelse for alle lokalområdets enheder, og i den forbindelse er der ansat en række konsulenter på lokalområdekantoret, der kan understøtte plejhjemmene, herunder også de selvejende institutioner, og de andre driftsenheder i forhold til opfølgning, rådgivning og udvikling.

Lokalområdechefen refererer til direktør Hanne Baastrup, som kan stille centralforvaltningens ressourcer til rådighed for lokalområdet. I dette tilfælde har der specielt været tale om juridisk rådgivning.

Den særlige ledelsesmæssige problemstilling drejer sig om, hvorvidt de forskellige ledelsesniveauer har udfyldt deres roller tilfredsstillende, dvs. om de forskellige ledelsesniveauer har fulgt den handlepligt, der må forventes at ligge i en given ledelsesmæssig rolle.

De generelle kontrolfunktioner har ikke vist større problemstillinger på Nybodergården. Der var forud for hændelsen den 27. oktober 2011 en problemstilling mellem afdelingsledelsen og medarbejdere på 2. sal, men ikke gennemgribende problemstillinger for institutionen som helhed. Tilsynsrapporterne viste generelt ikke større faglige problemstillinger. Dermed ikke sagt, at der ikke var anmærkninger i tilsynsrapporterne gennem årene, men anmærkningerne lå inden for det felt, som normalt håndteres af institutionen selv. Dermed forelå der ikke inden hændelsen den 27. oktober 2011 en relation, hvor lokalområdechefen skulle føre skærpet tilsyn med ledelsen.

#### **Hændelsesforløb fra 27. oktober 2011**

Som det fremgår af forløbene for borgerne, de pårørende og medarbejderne, træffes der den 27. oktober 2011 en beslutning i plejhjemsledelsen, som en

gruppe af medarbejdere ikke er enige i. De går mod ledelsesbeslutningen ved at henvende sig til de pårørende til G og til G's egen læge. Plejehjemsledelsens håndtering af situationen medfører inddragelse af lokalområdechef, konsulenter fra lokalområdet og repræsentanter fra den centrale forvaltning. Dvs. at lokalområdechefen foretager driftsstøttende aktiviteter via lokalområdets faglige konsulenter. Dette sker i betydeligt omfang og efter den 27. oktober 2011.

Efter hændelsen den 27. oktober 2011 har lokalområdechefen forudsat, at ledelsens vurdering af, om hændelsen mellem G og K var vurderet korrekt af plejehjemsledelsen. Der forelå over for lokalområdechefen ikke indikationer på det modsatte.

Over for de pårørende er lokalområdechefen med ved mødet den 26. marts 2012 og på de efterfølgende møder, hvor G's datter og søn deltager. Efter dette møde er plejehjemsledelsen på Nybodergården under skærpet tilsyn fra lokalområdet.

Efter offentliggørelsen i Kristeligt Dagblad den 26. juni 2012 ændres ledelsesrollerne i sagen, idet det er lokalområdet, der varetager pressekontakten, og det er lokalområdet i samarbejde med centralforvaltning og direktion, som udarbejder handleplaner for pressehåndtering.

### **Vurdering af ledelsens rollevaretagelse**

Det er bestyrelsen af Nybodergården, som er arbejdsgiver, og som har arbejdsgiverforpligtelser over for forstanderen af Nybodergården. Lokalområdechefen inddrages, idet der er tale om at anvende den støtte til driften, som lokalområdet ifølge driftsoverenskomsten stiller til rådighed for Nybodergården. Lokalområdeledelsens rolle er derfor driftsstøtte til den ledelse, der efterspørger det.

Som følge heraf, er det heller ikke plejehjemsledelsens beslutning i sig selv den 27. oktober 2011, som inddrager ledelsen af lokalområdet. Det er medarbejdernes reaktion på beslutningen, som medfører en ledelsesmæssig reaktion.

Lokalområdeledelsen har således ikke primært haft til opgave at definere den ledelsesmæssige problemstilling (det gøres i normalsituationen af forstander med reference til bestyrelse), men derimod primært at støtte forstander (og bestyrelse) i den ledelsesmæssige problemstilling, som defineres af forstander (og bestyrelse). Lokalområdechefen har ikke forud for hændelsen anledning til ikke at tro på forstanderens vurdering af situationen. Som det fremgår stiller lokalområdechefen 3 konsulenter til rådighed dagen efter plejehjemsledelsen beder om det, og stiller sig selv til rådighed med støtte til ledelsen.

Som det fremgik af beskrivelsen af forløbet for borgerne, er der ikke umiddelbart noget (det må politiuundersøgelsen redegøre for), der taler klart hverken for eller imod et overgreb den 27. oktober 2011. Den formodning, at G

og K ikke havde et forhold forud for hændelsen den 27. oktober 2011, gør ikke hændelsen til et overgreb i sig selv.

Beslutningen om at flytte de to notater er derimod en ukorrekt ledelsesbeslutning, jf. Sundhedsstyrelsens vurdering, mens irettesættelsen af medarbejderne om dokumentationspraksis er i overensstemmelse med forvaltningens retningslinjer for dokumentation i Omsorgsjournalsystemet.

Lokalområdets rolle som driftsunderstøttende er opfyldt for så vidt angår støtten til kompetenceudvikling om demens, seksualitet og tavshedspligt. Dette initiativ har utvivlsomt løftet demensfagligheden på Nybodergården betydeligt, i den konkrete situation kan det ikke udelukkes, at lokalområdets initiativer også er blevet opfattet irettesættende, hvilket har haft konsekvenser over for kommunikation med pårørende.

Før hændelsen var lokalområdets konsulenter endvidere driftsunderstøttende i forbindelse med forbedring af det generelle arbejdsmiljø gennem arbejdet med social kapital. Lokalområdet har derfor både før og efter hændelsen driftsunderstøttet Nybodergården

Lokalområdechefen kommer dernæst først ind sagen den 19. marts 2012, efter at de pårørende henvender sig, bl.a. på baggrund af hændelsen den 7. marts 2012. Ved mødet med de pårørende den 26. marts 2012 står det klart, at der har været ledelsesmæssige svigt på afdelingen, og lokalområdechefen har en anledning til at gribe ind i ledelsesbeslutningerne på Nybodergården og skærpe sit ledelsestilsyn med plejehjemsledelsen. Dels bliver plejehjemsledelsen retvist på møde med de pårørende, dels bliver der taget initiativer til at motivere K til at søge bolig på et plejecenter, som bedre er i stand til at tage vare på hans tilstand, som den nu fremstår (K flytter den 24. juli 2012). Ledelsen på Nybodergården har på eget initiativ indsat vagt på K den 8. marts, som udvides med specialpakke med 24. timers vagt efter den 26. marts 2012. Disse tiltag afskærmer G effektivt.

Efter sagen kommer i medierne den 26. juni 2012, er det lokalområdechefen og den centrale forvaltning, som overtager håndteringen både over for offentligheden, pårørende og andre myndigheder.

Lokalområdechefen overtager endvidere dialogen med Nybodergårdens bestyrelse, hvor der kræves en ledelsesmæssig dækning hen over sommerferien pga. medieomtalen. Hele vejen igennem har lokalområdet haft bestyrelsens og sin direktørs opbakning.

### **Konklusion på ledelsens rollevaretagelse**

Sammenfattende kan det konkluderes, at lokalområdechefens intervention har været rettidig i forhold til det tidspunkt, hvor lokalområdechefen havde signaler at reagere på og proportionel i forhold til sin rolle over for en institution, som ikke ved første blik udviser svagheder. Lokalområdechefen iværksætter driftsunderstøttende foranstaltninger i massivt omfang før og efter hændelsen den 27. oktober 2011, og det er først i den situation (mødet

den 26. marts), at det står klart, at der har været tale om et ledelsesmæssigt svigt, at lokalområdechefen skærper sit tilsyn og følger op på de ledelsesmæssige beslutninger.

Eftersom plejehjemsledelsen har lukket af for kritik af den ledelsesmæssige vurdering og i øvrigt har sat massivt ind på kompetenceudviklingsområdet, synes der ikke at have været afgivet signaler, som burde have givet lokalområdechefen anledning til at skærpe tilsynet overfor de ledelsesmæssige vurderinger på Nybodergården. Lokalområdechefen har oplevet, at der har været en hændelse, og at der er sat en god proces i gang for at råde bod på det, og der er i øvrigt ikke udmeldt yderligere, som kræver lokalområdechefens intervention.

Efter hændelsen den 7. marts 2012, og især efter de pårørende henvender sig den 19. marts 2012, skærpes tilsynet over en bred ledelsesmæssig kam med effektive foranstaltninger, som primært varigt skærmer G, men også med en langt mere insisterende opfølgning på, om ledelsen gør det, som forventes af dem fra pårørende og lokalområdets side.

Efter sagen kommer i offentlighedens søgelys den 26. juni 2012 griber forvaltning, lokalområde og bestyrelse ind med en plan for pressehåndtering, og alle pårørende til beboere på Nybodergården får en direkte adgang til dialog med lokalområdechefen. Både bestyrelsen på Nybodergården og direktør bakker lokalområdechefen op i den måde, sagen håndteres på af lokalområdechefen.

De pårørende til G har i den sidste del af forløbet følt sig svigtet af lokalområdechefen, sandsynligvis pga. den rolle, som lokalområdechefen har haft i forhold til udvalgsbehandlingen og den verserende pressedækning.