

# INSPEKTION AF DEMENSSENTRET PILEHUSET ENDELIG RAPPORT





**INSPEKTION AF  
DEMENSSENTRET  
PILEHUSET  
ENDELIG RAPPORT**

**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
**7. OKTOBER 2008**



# INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INDLEDNING	9
2. GENERELT OM INSPEKTIONEN	11
BAGGRUNDEN FOR BORGERRÅDGIVERENS INSPEKTIONSVIRKSOMHED	11
FORLØB OG INDHOLD (METODE)	11
REAKTIONSMIDLER OG BEDØMMELSESGRUNDLAG	13
SKRIFTLIGE KILDER (MODTAGET DOKUMENTATION MV.)	13
3. SAMMENFATNING	16
4. GENERELT OM DEMENSCENTRET PILEHUSET	18
5. DE FYSISKE RAMMER	20
BYGNINGSMÆSSIGE RAMMER	20
FÆLLESAREALER	21
VÆRELSESSTANDARD	22
BAD OG TOILETFORHOLD	22
HANDICAP TILGÆNGELIGHED	23
SKÆRMEDE ENHEDER	23
ÅBNE/LUKKEDE DØRE, DØRALARMER MV.	23
RENGØRINGSSTANDARD	23
RYGEPOLITIK	24
6. PLEJE OG OMSORG MV.	27
MAGTANVENDELSE	27
PLEJEPLANER	28
FORPLEJNING	29
KALDESYSTEMER	30
HJÆLPEMIDLER (KØRESTOLE MV.)	31
OMGANGSTONE/OMGANGSFORM (KODEKS MV.)	31
ADGANG TIL LÆGEHJÆLP O.L.	32
MEDICIN	32
ADGANG TIL PERSONLIG PLEJE	32
ADGANG TIL TOILETBESØG	34
BORTGANG AF DEMENTE	34
ALVORLIGT SYGE OG DØENDE	34
TØJVASK	34
7. MEDINDFLYDELSE OG BRUGERINDDRAGELSE	36
BEBOER- OG PÅRØRENDEINDFLYDELSE	36
BEMÆRKNINGER FRA BEBOERNE	38
8. ØVRIGE TILBUD	40
BESKÆFTIGELSE OG FRITID	40
BESØGSFORHOLD	41
BIBLIOTEKSBETJENING	41
INDKØB, KIOSK MV.	41
LEDSAGEORDNING/KØRSELSORDNING	41
SOCIALFAGLIG VEJLEDNING OG BISTAND TIL BEBOERE	42

9. ANDRE FORHOLD	44
ALKOHOL MV.	44
DISKRIMINATION	44
BEBOERNES ØKONOMISKE FORHOLD	44
BEBOERNES SEKSUELLE ADFÆRD	44
SIKKERHED VED OPBEVARING AF PERSONOPLYSNINGER	44
UDLEVERING AF EJENDELE TIL EFTERLADTE	45
10. KVALITETSSIKRING MV.	46
KVALITETSSTANDARDER	46
ARBEJDE MED KVALITETSSIKRING	47
BRUGERTILFREDSHEDSUNDERSØGELSER	47
KLAGER	47
11. PERSONALEFORHOLD	50
REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE	50
EFTERUDDANNELSE	50
VIKARER	50
VOLD MOD PERSONALET	50
PSYKISK ARBEJDSMILJØ	50
12. TILSYN MV.	53
INTERNT OG EKSTERNT TILSYN	53
INDDRAGELSE AF BRUGER- OG PÅRØRENDERÅD MV.	54
BILAG	56
BORGERRÅDGIVERENS KRITIKSKALA	56
RETSKILDER OG ØVRIGT BEDØMMELSESGRUNDLAG	57





# I. INDLEDNING

Denne rapport indeholder Borgerrådgiverens endelige vurderinger og bedømmelse i anledning af Borgerrådgiverens inspektion den 13. juni 2007 af Demenscentret Pilehuset under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

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

Rapporten er overordnet inddelt i to dele: 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 og en oversigt over retskilder og andet bedømmelsesgrundlag.

Borgerrådgiveren den 7. oktober 2008



Johan Busse  
borgerrådgiver



## 2. GENERELT OM INSPEKTIONEN

### BAGGRUNDEN FOR BORGERRÅDGIVERENS INSPEKTIONSVIRKSOMHED

På mødet i Borgerrepræsentationen den 14. december 2006 blev det besluttet at udvide Borgerrådgiverens 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 Borgerrådgiverens 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 Borgerrådgiverens kompetence med en egen driftfunktion, således at borgerrådgiveren – i lighed med Folketingets Ombudsmand – får adgang til at tage sager op af egen drift mv.”

Udvidelsen indebærer adgang for Borgerrådgiveren 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 Borgerrådgiverudvalget samt til som en stikprøvekontrol at foretage inspektion af institutioner eller virksomheder samt tjenestesteder, der hører under Borgerrepræsentationens virksomhed.

I beslutningsgrundlaget for udvidelsen af Borgerrådgiverens kompetence med egen driftvirksomhed er 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.

Borgerrådgiverudvalget og Borgerrådgiveren drøftede den 26. januar 2007 en plan for udmøntningen af egen driftkompetencen i 2007 for så vidt angår ti generelle undersøgelser og ti inspektioner. Den plan for egen driftprojekter, som Borgerrådgiveren forelagde udvalget, var holdt i overskrifter og tidspunkter angivet i måneder. Valg af nærmere undersøgelsestemaer, undersøgelsesernes genstand og den nærmere tilrettelæggelse er Borgerrådgiverens, jf. nedenfor.

Borgerrådgiverens 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 Borgerrådgiverens opgaver og drøftelsen i Borgerrådgiverudvalget.

### FORLØB OG INDHOLD (METODE)

Borgerrådgiverens inspektioner indledes med en varsling af inspektionen over for inspektionsstedet (institutionen, plejehjemmet, bostedet mv.) samt af forvaltningens direktion og eventuelle øvrige interessenter (tilsynsenheder, bruger- og pårørenderåd, ældreråd og lignende). Samtidigt med varslingen, som normalt sker 4-6 uger før selve inspektionen, beder

Borgerrådgiveren inspektionssedet om ved opslag at gøre beboere og brugere opmærksom på inspektionen med henblik på, at disse kan få en samtale med Borgerrådgiveren 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 er 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 inspektionssedet 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 inspektionssedets 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 yret ønske herom.

Borgerrådgiveren foretager desuden en rundgang på inspektionssedet efter Borgerrådgiverens nærmere valg. Rundgangen danner baggrund for beskrivelsen og vurderingen af inspektionssedets 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 rammen om Borgerrådgiverens indsamling af visuelle indtryk og konstateringer samt faktuelle oplysninger om inspektionssedet og mere personlige opfattelser fra beboere, brugere, pårørende og medarbejdere.

Ved indsamlingen af oplysninger om inspektionssedet er institutionens ledelse og medarbejdere en væsentlig oplysningskilde. Det indebærer, at fremskaffelsen af korrekte og fyldestgørende oplysninger om inspektionssedet, herunder om eventuelle forhold der kan give anledning til kritik, i et vist omfang er afhængig af ledelsens og medarbejdernes loyale meddelelse af oplysninger herom.

På baggrund af den informationsindsamling som sker under selve inspektionen, udarbejder Borgerrådgiveren en foreløbig rapport, som sendes til forvaltningen med henblik på forvaltningens og inspektionssedets 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 humanitære 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 driftundersøgelser 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 Demenscentret Pilehuset 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 værdigrundlag og lignende skriftligt materiale.

Borgerrådgiveren har i den anledning modtaget følgende fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Demenscentret Pilehuset:

- Udskrift fra Københavns Kommunes boligkatalog og Demenscentret Pilehusets internetside
- Demenscentret Pilehusets rygepolitik af februar 2007
- "Vedtægter for Bruger- og Pårørende rådene i henholdsvis Demenscentret Pilehuset og Birkebo"
- De to seneste tilsynsrapporter fra uanmeldt tilsyn den 25. juli 2006 og anmeldt tilsyn den 6. december 2006
- Velkomstpjecer "Velkommen til Demenscentret Pilehuset", herunder indflytningspjece 2006, og pjecer for Demensenheden, HC-Enheden og FT-Enheden
- Pjecen "Praktisk information om arbejdsmiljøorganisationen 2006-2008" for Demenscentret Pilehuset
- Plejeplaner for 2 beboere på Demenscentret Pilehuset.

Jeg sendte den 4. juli 2008 en foreløbig udgave af denne rapport til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen med anmodning til forvaltningen om at fremkomme med sine eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold. Jeg bad forvaltningen om forinden at indhente eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold fra Plejehjemmet Nybodergården.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i brev af 26. marts 2008 fremsat nogle bemærkninger, som er indarbejdet i de relevante afsnit i denne rapport.



### 3. SAMMENFATNING

Inspektionen af Demenscentret Pilehuset 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 Demenscentret Pilehuset er indsamling af oplysninger om inspektionsstedet med henblik på konstatering af eventuelle forhold, der måtte give anledning til kritik.

Som anført i det foregående afsnit er inspektionen således rammen om 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 Demenscentret Pilehuset har ikke givet mig anledning til kritik.

For en nærmere beskrivelse af de forhold, der har været undersøgt i forbindelse med inspektionen, henviser jeg til rapportens enkelte afsnit.





## 4. GENERELT OM DEMENSCENTRET PILEHUSET

Demenscentret Pilehuset ligger i Bystævneparken i Brønshøj.

Demenscentret blev etableret den 1. januar 2000 som et udvidet dag- og aflastningstilbud rettet mod hjemmeboende borgere med demens og deres pårørende i Københavns Kommune.

I løbet af 2003 blev Demenscentret Pilehuset udbygget med et målrettet botilbud til borgere med demens, der ikke længere er i stand til at bo i eget hjem.

I 2005 åbnedes to special botilbud målrettet til borgere med demenssygdommene Huntington Chorea og Frontal Temporal Demens. I 2007 blev antallet af disse pladser udvidet.

Demenscentret Pilehuset indeholder:

- 3 støtte/væregrupper, et dagtilbud der har plads til i alt 24 daghjemsgæster og som har åbent alle ugens 7 dage.
- 16 aflastningspladser
- 30 plejeboliger
- 8 boliger til borgere som har Huntington Chorea (HC-enheden)
- 6 boliger til borgere som har Frontal Temporal Demens (FT-enheden)

Desuden hører Højhuset Birkebo til Demenscentret Pilehuset. Højhuset Birkebo har plejehjemsboliger og beskyttede boliger.

Aflastningspladserne og plejeboligerne er samlet i fire mindre enheder med henholdsvis 11 og 12 pladser.

Demenscentret Pilehuset er et kommunalt plejecenter.

Retligt er der tale om et plejehjem videreført efter § 192 i lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 1117 af 11. september 2007.

Det følger af § 192, at kommunalbestyrelsen driver de bestående plejehjem og beskyttede boliger efter de hidtil gældende regler i lov om social bistand. Socialministeren fastsætter i en bekendtgørelse regler herom, herunder regler, der er tilnærmet reglerne for ældreboliger og plejeboliger efter lov om almene boliger mv., og regler om beskyttelse mod ufrivillig flytning inden for et plejehjem eller en beskyttet bolig.

Sådanne regler er fastsat i Socialministeriets bekendtgørelse nr. 1385 af 12. december 2006, som ændret ved bekendtgørelse nr. 43 af 17. januar 2007.

På Demenscentret Pilehusets internetside fremgår følgende om demenscentrets værdigrundlag:

### **”Værdigrundlag i Demenscentret Pilehuset**

Pilehuset har – som led i det overordnede arbejde med værdier i kommunen – været igennem en lokal dialogproces. Formålet var at finde frem til de værdier, der kendetegner Pilehuset som arbejdsplads:

Pilehuset er et af Københavns Kommunes tilbud til borgere som har demens, grundlaget for Pilehuset er altså, at der er borgere som har demens, der i varierende grad har brug for og i varierende grad er afhængige af støtte og hjælp.

Vi opfatter enhver adfærd – hensigtsmæssig som uhensigtsmæssig – uproblematisk som problematisk, som affødt af den gode intention – bevidst eller ubevidst, at søge at dække et behov for sig selv, i den virkelighed den enkelte person oplever, med baggrund i sit helt eget mønster af forudsætninger, overbevisninger, præferencer og forståelser af verden omkring sig, skabt gennem et helt dynamisk livsforløb.

Vi opfatter borgeren som en person, der er et sted i sit helt eget dynamiske livsforløb og med sit livs helt særlige historie og med sit helt særlige billede af demenssymptomer. Med samme krav som enhver anden, på respekt og behovsopfyldelse, for at blive set, hørt og genkendt og med samme trang til at kommunikere alle slags følelser og behov, og for at opleve selvrealisation, aktivitet, succes og glæde.

Vi ser, hører og opfatter personen og personens ressourcer før personens helt særlige billede af symptomer på demens.

Vi opfatter demens som symptomer på mentale, intellektuelle og fysiske svigt med baggrund i en række progredierende neurologiske hjernelidelser, og givende sig udslag i nedsat mestringsevne, varierende fra person til person.

Vi ved at personens selvbestemmelsesret er ukrænkelig – ethvert tilbud om kompensation for konsekvenserne af personens nedsatte mestringsevne tager derfor udgangspunkt i personens egne ønsker samt accept og samtykke.

Vi opfatter den pårørende som en person, der er et sted i sit helt eget dynamiske livsforløb, med sit livs helt særlige historie, i relation til den betydning de har og har haft og de ressourcer de repræsenterer for personen med demens.

Vi opfatter den ansatte som en person, der er et sted i sit helt eget dynamiske livsforløb og som i forhold til borgeren har en professionel viden, erfaring og adfærd, der sætter ham / hende i stand til at kompensere for konsekvenserne af personens nedsatte mestringsevne – og som en person der overfor Københavns Kommune, personificeret af lederen, skal varetage denne indsats ud fra Pilehusets værdigrundlag og arbejdsmetoder.

Vi opfatter lederen som en person, der er et sted i sit helt eget dynamiske livsforløb og som i forhold til de ansatte har en professionel viden, erfaring, adfærd og kompetence, der sætter ham / hende i stand til, overfor Københavns Kommune at varetage ansvaret for de ansattes faglige opgaveløsning og den økonomiske målopfyldelse. Lederen har derfor overblikket over den samlede opgave, er faglig ressourceperson og tydelig i sin ledelse.

Vi opfatter borgere, pårørende, ansatte og ledelse som en dynamisk helhed af personer, der er gensidigt afhængige af hinanden. Deraf følger, at vi som professionelle, har en særlig forpligtigelse til, ikke at misbruge det magtforhold, der ligger i den svages afhængighed af den stærke. Systemverdenens mulige overmagt over livsverdenen. Den etiske fordring om opmærksomhed og svar på uudtrykte behov. Og tillige nærvær og situationsfornemmelse samt den enkeltes engagement og disciplin i forhold til opgaven.”

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## 5. DE FYSISKE RAMMER

Lovgivningen indeholder en lang række bestemmelser med krav til indretning, arbejdsmiljø og brandsikringsforhold i plejeboliger. Ikke mindst de arbejdsmiljøbetingede krav indvirker væsentligt på plejeboligers udformning. Inden for disse rammer afgør kommunen dog selv en række væsentlige spørgsmål, herunder vedrørende plejeboligens størrelse, indretning, køkkenfaciliteter, altan og fælles opholdslokaler.

Der er i Bygge- og Boligstyrelsens vejledning om indretning af ældreboliger for fysisk plejekrævende m.fl. fra 1997 givet en detaljeret beskrivelse af de krav og behov fysisk plejekrævende beboere og deres plejepersonale har til en ældrebolig. Det anførte har vejledende karakter. Der er henvist til vejledningen i Arbejdstilsynets cirkulæreskrivelse nr. 3/1997 af 15. april 1997 om indretning af ældreboliger for fysisk plejekrævende.

I Københavns Kommunes boligpolitik for ældre i København beskrives kommunens politiske vision samt en række målsætninger og anbefalinger til plejeboligmassen for ældre.

I forhold til plejeboliger anbefales det i indstilling 236/04 til Borgerrepræsentationen, at

”...

Boligen skal have en størrelse og indretning, som sikrer, at plejeboligen kan være rammen om et socialt samvær, uanset beboerens fysiske og psykiske tilstand.

...”

Boligpolitikken for ældre blev vedtaget af Borgerrepræsentationen på mødet møde den 27. maj 2004.

I relation til de fysiske rammer er Borgerrådgiverens bedømmelsesgrundlag endvidere de krav, der som følge af overordnede humanitære og medmenneskelige betragtninger bør stilles i forhold til plejeboliger.

Sådanne boliger skal udover at tjene som beboernes hjem tillige tjene som arbejdsplads for personalet.

På den baggrund må der blandt andet stilles krav om, at plejeboliger, fællesarealer mv. har en vis størrelse og udformning og i øvrigt fungerer som tilfredsstillende fysiske rammer for aktiviteterne.

Det må endvidere kræves, at der er en vis vedligeholdelses- og rengøringsstandard.

De nævnte krav er ikke statiske, men udvikler sig i takt med samfundsudviklingen, herunder almindeligt accepterede normer for det pågældende forvaltningsområde.

### **BYGNINGSMÆSSIGE RAMMER**

Demenscentret Pilehusets bygninger er beliggende på begge sider af en mindre vej i et åbent område med en del grønne træer og beplantning.

Bygningerne er opført i moderne stil med gule mursten og grå betonelementer. Afskærmningen ved altaner og trapper mv. er udført i stål og glas.

Bygningerne er opført som lav bebyggelse i én til to etagers højde med fladt tagpaptag, bortset fra Højhuset Birkebo, som er 8 etager højt inklusiv stueetagen.

På den ene side af vejen ligger Højhuset Birkebo samt de fire enheder med plejeboliger. De to bygninger er forbundet med en gang, hvor der er aktiviteter og træningsfaciliteter samt hovedindgang.

I forbindelse med indretning af de fire demensenheder var bygningerne på inspektionstidspunktet ved at blive nyistandsat med indretning af spisestuer, dagligstuer samt udgang til terrasser eller have.

På den modsatte side af vejen ligger bygningen med støtte/væregupperne samt to mindre døgneheder. På 1. sal har demensteamet, ledelsen og det administrative personale kontorer.

Bygningerne fremtrådte ved inspektionen vel vedligeholdte.

Der er anlagt parkeringspladser i tilknytning til bygningerne på begge sider af vejen, og der er offentlige transportmuligheder tæt ved bebyggelsen.

I de lave bygninger sker adgangen til 1. salen via trapper. Bygningerne er desuden forsynet med udendørs brandtrapper i stål.

I Højhuset Birkebo sker adgangen til etagerne dels via en elevator og dels via trappeopgange med betontrapper, der samtidig udgør flugtveje ved brand.

Under inspektionen havde jeg lejlighed til at besigtige fællesarealerne i bygningerne, gårdhaven samt 2 af mig tilfældigt udvalgte plejeboliger.

Indvendigt er der grå vinylgulve overalt med undtagelse af trappeopgangene, hvor trapper og reposer er af beton. Væggene og lofterne er hvide pladelofter.

*De overordnede bygningsmæssige rammer giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **FÆLLESAREALER**

I Demenscentret Pilehuset sker adgangen til plejeboliger, administrationslokaler, fælleslokaler m.v. via 2½-3 m brede gangarealer. Der er hvide nedsænkede lofter med indbygget eller indirekte belysning. Væggene er malet henholdsvis sol- eller lysegule, og fodpaneler, karme og døre er malet hvide.

I trappeskakterne er væggene malet hvide.

Køkken-alrummene er indrettet med tidssvarende køkkenelementer, hårde hvidevarer og el-apparater.

På tidspunktet for Borgerrådgiverens inspektion var der overalt på gang- og fællesarealer opsat kunst og grønne planter.

Mange steder var der endvidere opstillet skænke, bogreoler og andre møbler med planter og forskelligt pynt samt grupper af sofaer og/eller lænestole med tilhørende borde, lamper mv.

De fælles opholdsrum var veludstyrede med møbler i form af sofagrupper og -borde, lænestole, bogreoler, skabe mv., og var indrettet med lamper, kunst og forskelligt pynt.

Der var overalt på fællesarealerne pænt og ryddeligt, og den indvendige vedligeholdelsesstandard var gennemgående høj.

Støtte/væregupperne ligger i stueplan, hvor der til hver gruppe er køkken/alrum samt egen lukket have.

Aflastnings- og plejeboligerne ligger henholdsvis i stueplan og på 1. sal. Begge har direkte adgang til egen lukket have. Til hver af de fire enheder er der opholdsstue og køkkenalrum. Enhederne er nyistandsat i 2004 og 2005.

De otte boliger til HC-enheden ligger på 1. sal med direkte udgang til egen have, og der er køkken/alrum og stue til denne enhed.

De seks boliger til FT-enheden ligger i stueplan og har udgang til egen have. Der er køkken/alrum og stue i denne enhed.

Boligerne til HC-enheden og FT-enheden er nyindrettet i 2005.

Demenscentret Pilehuset råder over en forholdsvis stor lukket have udstyret med terrasser og beplantet med græs, træer og buske. På terrasserne var der opstillet grupper af havemøbler.

Udendørsarealerne er videoovervågede. Dette er efter det oplyste nødvendigt med henblik på at forebygge indbrud i centret.

Ledelsen oplyste i forbindelse med rundgangen, at de iværksatte indbrudsforebyggende foranstaltninger anses for tilstrækkelige.

*Fællesarealerne i Demenscentret Pilehuset giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **VÆRELSESSTANDARD**

I Højhuset Birkebo er boligerne på 43 kvadratmeter med køkken og bad. Af det samlede areal udgør opholdsrummet de 22 kvadratmeter.

Under rundgangen havde jeg lejlighed til at besigtige en af plejeboligerne i Højhuset Birkebo. Boligen bestod af et regulært opholdsrum og et mindre badeværelse og køkken. Inventaret var vel vedligeholdt, og der var et udmærket lysindfald i boligen. Beboeren havde selv indrettet boligen med egne møbler, og gav udtryk for, at hun var tilfreds med boligen og centret i øvrigt.

I de lave bygninger er plejeboligerne hver på omkring 20 kvadratmeter med bad, men uden køkkenfaciliteter. Af det samlede areal udgør opholdsrummet omkring 16 kvadratmeter.

Under rundgangen havde jeg lejlighed til at besigtige en af de nævnte plejeboliger. Boligen bestod af et regulært, men mindre opholdsrum og badeværelse. Inventaret var vel vedligeholdt, og der var et udmærket lysindfald i boligen. Beboeren havde selv indrettet boligen med egne møbler, og gav udtryk for, at hun var tilfreds med boligen og centret i øvrigt. Fra denne bolig var der direkte udgang til en terrasse, som var udstyret med havemøbler og plantekrukker.

*Værelsesstandarder giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **BAD OG TOILETFORHOLD**

Badeværelserne i Demenscentret Pilehuset er forholdsvis små (omkring 4 kvadratmeter) og er udstyret med tidssvarende sanitet og forskellige hjælpemidler, herunder udklappelige armstøtter ved toiletter og lignende.

Der er hvide klinker på gulvet og på væggene. Lofterne er, som i de øvrige rum, hvide.

Badeværelserne er indrettet med et brusehjørne med forhæng og en lille håndvask med spejl.

*Bad og toiletforholdene giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **HANDICAP TILGÆNGELIGHED**

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

Fællesarealerne og plejeboligerne er uden dørtrin.

Adgangen til etagerne sker via trapper og en elevator som nærmere beskrevet ovenfor i afsnittet ”Bygningsmæssige rammer”.

Elevatoren er dimensioneret til at kunne medtage kørestole.

Kørestolsbrugere og gangbesværede kan således som udgangspunkt frit komme rundt på de forskellige etager og i boligerne, herunder ud på terrasserne.

*Jeg har ingen bemærkninger til handicaptilgængeligheden.*

## **SKÆRMEDE ENHEDER**

Der er ingen skærmede enheder på Demenscentret Pilehuset.

*Jeg har ingen bemærkninger hertil.*

## **ÅBNE/LUKKEDE DØRE, DØRALARMER MV.**

Demenscentret Pilehusets ledelse oplyste, at der er etableret et afskærmet miljø udendørs i kraft af lukkede haver og delvis afskærmning med havehegn. Som følge heraf er behovet for låste døre indendørs reduceret.

Døre aflåses således kun om natten.

I forhold til beboere med et særligt behov, etableres der efter det oplyste individuelle løsninger ved hjælp af GPS pejlesystemer, som aktiveres, hvis beboeren forlader området, og via mobiltelefon giver personalet besked om, hvor borgeren befinder sig.

*Ovenstående giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **RENGØRINGSSTANDARD**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens kvalitetsstandarder for personlig og praktisk hjælp efter serviceloven for 2007 fastsætter i afsnit 3.1 følgende vedrørende daglige praktiske aktiviteter i boligen:

Opgaven omfatter typisk:

- Lettere rengøring
- At rede seng
- Oprydning
- Opfyldning
- Udluftning
- At checke og skifte vand på blomster.

Hyppighed: Dagligt.

Under rundgangen gjorde jeg iagttagelser om rengøringsstandarder med henblik på en vurdering af, om den måtte anses for tilfredsstillende.

I den forbindelse må det tages i betragtning, at værelser og fællesarealer tilsammen udgør rammerne om beboernes liv og personalets arbejde.

Det forhold, at beboerne er ældre mennesker og bor mange sammen under ét tag, stiller endvidere krav til rengøringsstandarder ud fra hygiejnehensyn.

Af de anførte grunde er det således væsentligt, at rengøringsstandarder har et sådant niveau, at det er behageligt at opholde sig i lokalerne, og at sygdoms- og smittefare så vidt muligt begrænses.

Under rundgangen på Demenscentret Pilehuset gjorde jeg mig følgende iagttagelser i forhold til rengøringsstandarder:

Der var overalt rent og pænt – både på fællesarealerne, i administrationslokaler og i plejeboligerne. Der var således ikke støv på gulve eller møbler, og væg-, bord- og gulvflader fremtrådte overalt rene.

*Rengøringsstandarder på Demenscentret Pilehuset giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **RYGEPOLITIK**

Lov nr. 436 af 14. juni 1996 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 en 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 man forventer, 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 indførelse 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 har i forbindelse med inspektionen modtaget et eksemplar af Demenscentret Pilehusets rygepolitik af februar 2007. Heri fastsættes følgende:

”Personalet:

Jf. Københavns Kommunes rygepolitik pkt. 1 og 2 fremgår der at:  
'der må ikke ryges i kommunens lokaler og i kommunens køretøjer'  
'rygning er alene tilladt i det fri'

Borgerne:

Jf. København Kommunes rygepolitik pkt. 5 skal: 'Der etableres lokale løsninger, hvor der er særlige hensyn at tage til borgerne/brugerne'

I Demenscentret Pilehuset og i Højhuset Birkebo vil enhederne finde individuelle løsninger for at imødekomme de borgere, som ryger. Det betyder, at de individuelle løsninger hele tiden skal tilpasses borgerens behov.

Personalet:

Udgangspunktet er 'der må ikke ryges i kommunens lokaler og i kommunens køretøjer'.

I Demenscentret Pilehuset og Højhuset Birkebo ønsker vi ikke at anvise specifikke steder udenfor, hvor personalet må ryge.

I Demenscentret Pilehuset og Højhuset Birkebo afklarer enhederne selv, hvor rygning skal foregå.

Der må dog ikke ryges ved indgangsdørene til Bystævneparken 23,24 og 25.

Københavns kommune tilbyder gratis rygestopkurser.”

Under rundgangen observerede jeg ingen tegn på rygning i strid med rygepolitikken.

*Jeg har ingen bemærkninger i relation til spørgsmålet om rygning i Demenscentret Pilehuset på tidspunktet for inspektionen.*

*For god ordens skyld bemærkes, at jeg går ud fra, at Demenscentret Pilehuset er opmærksom på de nye regler i lov om røgfri miljøer og Københavns Kommunes reviderede rygepolitik, og at centret har implementeret denne i sin nugældende rygepolitik.*

## 6. PLEJE OG OMSORG MV.

### MAGTANVENDELSE

Der er i §§ 124-137 i lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 1117 af 26. september 2007, som senest ændret ved lov nr. 523 af 6. juni 2007, fastsat regler om magtanvendelse, herunder betingelserne for iværksættelse af foranstaltninger, procedure- og klageregler mv.

Formålet med bestemmelserne er at begrænse magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten til det absolut nødvendige. Disse indgreb må aldrig erstatte omsorg, pleje og socialpædagogisk bistand.

Lovens § 124 lovfæster i stk. 3-5 proportionalitetsprincippet. Forud for enhver form for magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten skal kommunen således efter stk. 3, foretage, hvad der er muligt for at opnå personens frivillige medvirken til en nødvendig foranstaltning. Stk. 4, fastslår, at anvendelse af magt skal stå i rimeligt forhold til det, der søges opnået. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes. Af stk. 5, fremgår, at magtanvendelse skal udøves så skånsomt og kortvarigt som muligt og med størst mulig hensyntagen til den pågældende og andre tilstedeværende, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulempe.

Lov om social service indeholder i § 128 regler om betingelserne for og afgørelsen om anvendelse af beskyttelsesmidler. Kommunalbestyrelsen kan efter § 128, stk. 1, træffe afgørelse om at anvende fastspænding med stofseler til kørestol eller andet hjælpemiddel, seng, stol eller toilet for at hindre fald, når der er nærliggende risiko for, at en person udsætter sig selv for at lide væsentlig personskade, og forholdene i det enkelte tilfælde gør det absolut påkrævet. Kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse om, for hvilken periode de beskyttelsesmidler, som er omfattet af stk. 1, kan anvendes, og skal løbende vurdere, om en mindre indgribende foranstaltning kan anvendes, jf. stk. 2.

Det er i § 130 fastsat, at blandt andet kommunalbestyrelsens beslutninger efter § 128 skal forelægges Det Sociale Nævn til godkendelse, såfremt de træffes mod den pågældendes vilje. Bestemmelsens stk. 2-4 indeholder regler om proceduren i den forbindelse, og der er i § 133-135 fastsat regler om klageadgang til det sociale nævn og Ankestyrelsen samt om sagsanlæg ved domstolene.

Ifølge § 137, stk. 1, fastsætter Socialministeren i en bekendtgørelse regler om iværksættelse af foranstaltninger, registrering, indberetning, godkendelse og udarbejdelse af handleplaner, jf. §§ 125-131 og 136. Af stk. 2, fremgår, at Socialministeren i en bekendtgørelse fastsætter regler om udpegning af advokater, der yder hjælp i sager efter §§ 127 og 129, og om advokaternes medvirken ved sagens behandling, jf. § 132.

Bemyndigelsen i § 137 er udnyttet ved Socialministeriets bekendtgørelse nr. 789 af 6. juli 2007 om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne samt om særlige sikkerhedsforanstaltninger for voksne og modtagepligt i boformer efter serviceloven.

I forbindelse med inspektionen oplyste Demenscentret Pilehusets ledelse, at der har været tilfælde af magtanvendelse. Det har især drejet sig om tilfælde, hvor en beboer er blevet flyttet mod sin vilje og tilfælde, hvor man har anvendt pejle- og alarmsystemer.

Ledelsen oplyste, at medarbejderne bliver sat ind i reglerne om magtanvendelse i forbindelse med introduktionen af nye medarbejdere.

Personalet er efter det oplyste opmærksomt på, at fysisk magtanvendelse skal indberettes. Indberetninger sker ved hjælp af et skema, som via demensteamet sendes til en jurist i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **PLEJEPLANER**

For beboere i plejehjem mv., jf. § 192, lejere i plejeboligbebyggelser, der er omfattet af lov om almene boliger mv. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap, og lejere i tilsvarende boligenheder, skal der efter servicelovens § 89, stk. 3, udarbejdes en plejeplan.

Af vejledning nr. 2 fra 2006 til serviceloven om personlig og praktisk hjælp, træning og forebyggelse følger, at plejeplanen skal ses som en udbygning af de skemaer, der udarbejdes i forbindelse med en afgørelse om personlig og praktisk hjælp, således at der for beboere i plejehjem og lignende boliger udarbejdes individuelle plejeplaner for den samlede indsats.

Om planernes indhold er anført følgende i vejledningen:

”Den samlede pleje- og omsorgsindsats består dels i de konkrete ydelser, der træffes afgørelse om, dels i den daglige tilrettelæggelse af hverdagen for den enkelte. Planen for den samlede indsats skal være fremadrettet, og skal tage udgangspunkt i den enkeltes aktuelle ressourcer, behov og muligheder, ligesom der i videst muligt omfang skal tages hensyn til den enkeltes livshistorie, vaner og ønsker ved tilrettelæggelsen af den samlede indsats. Hvis der er udarbejdet et plejetestamente vil det være naturligt at lade det helt eller delvist indgå som en del af plejeplanen. Se nærmere herom kapitel 67. I praksis vil oplysningerne om den samlede indsats, ud over de tilkendte ydelser efter servicelovens kapitel 16, fx kunne indeholde en plan for dagens aktiviteter, spisetider, måltidets sammensætning, rutiner ved sengetid mv.”

Af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens vejledning af 24. oktober 2003 om krav til udarbejdelse af plejeplaner på Sundhedsforvaltningens plejehjem/boenheder i Københavns Kommune fremgår blandt andet følgende:

“For borgere, som flytter ind gælder:  
Med udgangspunkt i indflytningssamtalen samt visitationens funktionsvurdering, tildeling af ydelser og mål for indsatsen udarbejdes en plejeplan. Plejeplanen skal beskrive, hvordan målene nås og skal justeres løbende.

For borgere, som allerede bor på plejehjemmet/boenheden gælder:  
Når BUM indføres på plejehjemmene/boenhederne, vil visitator i forbindelse med visitation af den enkelte beboer udarbejde en funktionsvurdering, tildele ydelser og udarbejde mål for indsatsen. Plejeplanen skal tage udgangspunkt i dette. Den skal beskrive, hvordan målene nås og justeres løbende. Indtil BUM indføres udarbejdes plejeplanerne ud fra de mål, plejehjemmets/boenhedernes medarbejdere har sat i samarbejde med beboeren.

...

Plejeplanen skal udarbejdes i samarbejde med borgeren og evt. pårørende, og den skal udleveres til borgeren

...

Plejeplanen skal indeholde oplysninger om den samlede pleje- og omsorgsindsats til borgeren. Den samlede pleje- og omsorgsindsats består af:

- De konkrete ydelser, borgerne modtager - herunder aktiviteter, socialt samvær, træning, kost mv.
- Den daglige tilrettelæggelse af hverdagen
- Tilrettelæggelsen af plejen

For plejeplanen gælder følgende:

- Planen skal være fremadrettet
- Planen skal tage udgangspunkt i den enkelte borgers aktuelle ressourcer, behov og muligheder
- Planen skal i videst muligt omfang tage hensyn til den enkelte borgers livshistorie, vaner og ønsker
- Planen skal medvirke til at skabe helhed i indsatsen overfor den enkelte borger
- Planen skal løbende - og minimum hvert halve år - justeres, så den afspejler borgerens aktuelle behov for hjælp

Det betyder, at borgerens individuelle plejeplan som minimum skal indeholde:

- Borgerens ressourcer og muligheder
- Borgerens vaner og ønsker
- Borgerens livshistorie i det omfang det er relevant
- Beskrivelse af borgerens aktuelle behov for hjælp
- Konkrete mål for borgeren i henhold til tildelte ydelser
- Medicindokumentation – jf. vejledningen 'Sådan håndterer du medicin'
- Lægefaglig indsats
- Hvad der er gennemført, samt tidspunktet for dette
- Ændringer i forhold til det planlagte samt årsagen til ændringen
- Observationer af borgeres reaktion på indsatsens
- Hvilke risici og faktorer, der ses for potentielle problemer og behov
- Evaluering af indsatsen samt plan for dette (effekt af de udførte handlinger sammenholdt med de forventede resultater/mål)

...

### **Lokal vejledning**

Det anbefales, at det enkelte plejehjem/boenhed udarbejder en lokal vejledning til udarbejdelse af plejeplaner mv. i det system, der anvendes på stedet – herunder klargørelse af kompetence og ansvar i forhold til plejeplanerne.”

Det blev oplyst, at plejeplaner udarbejdes for alle beboere i Demenscentret Pilehuset.

Jeg modtog i forbindelse med inspektionen to eksempler på plejeplaner efter mit valg.

De modtagne planer indeholder et skema med udførlige helbredsoplysninger, skema og oplysninger vedrørende dagsforløb til brug for DCM-mapping (kortlægning af beboerens velbefindende og opfyldelse af behov), og et skema med oplysninger om fokusområder.

*Jeg har ingen bemærkninger i relation til plejeplaner i Demenscentret Pilehuset.*

## **FORPLEJNING**

Ud fra mine samtaler med beboere, medarbejdere og ledelser på plejehjem i forbindelse med Borgerrådgiverens inspektionsvirksomhed har jeg kunnet konstatere, at maden udgør en meget vigtig del af dagligdagen for mange af beboerne på kommunens plejehjem og er et gennemgående fokusområde for institutionernes ledelser og medarbejdere.

Det er således vigtigt for beboernes velbefindende, at maden er ernæringsmæssigt rigtigt sammensat, varieret samt indbydende.

Det må i den forbindelse erindres, at smag er personligt, og at der kan være forskel herpå fra generation til generation og fra person til person.

Efter min opfattelse bør det dog tilstræbes, at madordningen på et plejehjem fungerer til de fleste beboeres overvejende tilfredshed ud over at være ernæringsmæssig korrekt sammensat.

Efter det oplyste fremstilles en del af maden på Demenscentret Pilehuset, mens en del fås fra et centralkøkken udefra.

Beboerne deltager i madlavningen, i den udstrækning de ønsker det og har ressourcer til det.

For så vidt angår maden fra centralkøkkenet er der valgmulighed mellem flere retter.

Efter det oplyste er det muligt at tage hensyn til beboere med særlige ønsker eller behov i relation til maden – f.eks. vegetarer og diabetikere.

I HC-enheden spiser beboerne varm mad om aftenen og en kold ret til frokost. I FT-enheden serveres der varm mad to gange om dagen, og i de øvrige enheder serveres der varm mad til middag og kold mad om aftenen.

Demenscentret Pilehusets ledelse oplyste, at der har været gennemført en brugerundersøgelse som viste, at beboerne er tilfredse med maden fra centralkøkkenet.

Som et redskab i kosttilrettelæggelsen måles beboernes BMI regelmæssigt.

På mit møde med bruger- og pårørenderådet på Demenscentret Pilehuset blev det oplyst, at maden fra fælleskøkkenet ikke altid er god. Samtidig blev det oplyst, at der bliver fulgt op på kritik, herunder af maden.

Under inspektionen spiste mine medarbejdere og jeg et måltid middagsmad sammen med de øvrige beboere. Måltidet bestod på inspektionsdagen af stegt flæsk med persillesovs.

Jeg kan konstatere, at beboerne i Demenscentret Pilehuset bliver inddraget i forhold til tilrettelæggelsen af måltiderne, og at ledelsen er opmærksom på og søger at tilgodese, beboernes ønsker i forhold hertil, herunder i relation til mad leveret fra fælleskøkkenet.

*Kvaliteten af det måltid, som mine medarbejdere og jeg spiste under inspektionen, giver mig ikke anledning til kritik.*

*Det oplyste om forplejningen på Demenscentret Pilehuset giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **KALDESYSTEMER**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens kvalitetsstandarder for personlig og praktisk hjælp efter serviceloven for 2007 fastsætter i afsnit 3.1 følgende vedrørende kald:

Opgaven omfatter typisk:

- At sikre, at borgeren har kaldemulighed inden for rækkevidde
- At reagere straks på kald fra borger alle døgnets timer
- At afdække og afhjælpe borgerens behov og ønsker.

Hyppighed: Ved behov.

I Demenscentret Pilehuset er der efter det oplyste installeret et kaldesystem med snoretræk i samtlige plejeboliger. Herudover fik jeg oplyst, at hver beboer har et nødkald.

Efter det oplyste og giver kaldesystemet beboerne mulighed for umiddelbart at tilkalde en medarbejder, hvis der f.eks. på grund af fald eller lignende er behov for det.

*Det er overladt til fortolkning at fastlægge, hvad det nærmere kræver, når det i kvalitetsstandarder er angivet, at der skal reageres straks på kald fra beboerne i alle døgnets timer.*

*At der skal reageres straks, må blandt andet forstås i sammenhæng med beboergruppen, hvor aktivering af kaldet ikke sjældent vil være begrundet i sygdom, fald og almindelig alderssvækkelse, og derfor kan være meget hastende.*

*Standarderne må desuden fortolkes sådan, at det i nogle tilfælde kan være tilstrækkeligt, at reaktionen i første omgang består af en kontakt med visitation og besked om, hvornår (inden for rimelig tid) beboeren kan forvente at blive hjulpet, f.eks. hvor personalet skal prioritere mellem flere kald, som ikke er lige akut begrundede.*

*Henset til ordvalget og det forhold, at handlepligten i første omgang kan omfatte en kortere visitation, må kravet om en reaktion straks normalt betyde, at der skal reageres i løbet af få minutter.*

*Det oplyste om kalde- og alarmsystemerne giver mig ikke anledning til bemærkninger, idet jeg går ud fra, at Demenscentret Pilehuset normalt kan imødekomme dette reaktionskrav.*

## **HJÆLPEMIDLER (KØRESTOLE MV.)**

Det følger af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens kvalitetsstandarder for personlig og praktisk hjælp efter serviceloven for 2007 (afsnit 3.11), at beboeren skal kunne deltage i udflugter, herunder rejser, familiearrangementer mv., samt at plejeenheden skal ledsage beboeren ved aktiviteter uden for hjemmet, herunder ved indkøb og gå- eller cykelture.

I nogle tilfælde vil en sådan hjælp nødvendiggøre brug af hjælpemidler, f.eks. rollator eller kørestol, uanset om beboeren (endnu) selv har adgang til sådanne.

Det må derfor forudsættes, at kommunens plejecentre mv. råder over eller har adgang til hjælpemidler for at kunne imødekomme beboernes eventuelle spontane behov for at låne sådanne.

Demenscentret Pilehuset råder efter det oplyste over en bestand af hjælpemidler, som også kan benyttes i forbindelse med beboernes spontane behov, herunder et antal transportstole.

Det blev oplyst, at centret selv indkøber hjælpemidler.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **OMGANGSTONE/OMGANGSFORM (KODEKS MV.)**

Demenscentret Pilehusets ledelse oplyste, at der er fokus på omgangstonen, og der tales meget om den blandt personalet.

Så vidt jeg kunne forstå, er der ikke nedfældet en egentlig politik for omgangstonen.

Medarbejderne tilstræber en ligeværdig omgangstone baseret på dialog. Det indebærer efter det oplyste blandt andet, at personalet tager øjenkontakt med beboerne og giver sig tid til at sætte sig ned, når beboerne har brug for det.

Alt i alt taler alle pænt til hinanden.

Under mit møde med bruger- og pårørenderådet blev der givet udtryk for, at omgangstonen i huset er god, og personalet blev rost for sin omsorgsfulde og positive væremåde.

*Under inspektionen oplevede jeg ikke forhold, der giver anledning til bemærkninger i relation til omgangstonen på Plejecentret.*

## **ADGANG TIL LÆGEHJÆLP O.L.**

Beboere har mulighed for at beholde deres egne læger. Lægerne er generelt meget gode til at komme i Demenscentret Pilehuset, når der er behov for det.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **MEDICIN**

Nogle af beboerne i Demenscentret Pilehuset er efter det oplyste selv i stand til at håndtere medicin, mens andre har behov for hjælp fra personalet.

Der findes ingen central opbevaring af medicin. I stedet opbevares medicin i aflåste medicinbokse i hver enkelt plejebolig.

Det fremgår af beboernes plejeplaner, hvilken medicin de skal have samt hvor meget og hvornår.

En del af beboernes medicin pakkes i centret, mens en del leveres færdigpakket fra apoteket.

*Jeg har ingen bemærkninger til medicinbehandlingen i Demenscentret Pilehuset.*

## **ADGANG TIL PERSONLIG PLEJE**

Pleje af beboerne på plejecentret udgør en væsentlig del af formålet med driften.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens kvalitetsstandarder for personlig og praktisk hjælp efter serviceloven for 2007 fastsætter i afsnit 3.2 blandt andet følgende formål for hjælp til personlig pleje:

”At borgerne sikres mulighed for toilette, sundhedsmæssig forsvarlig hygiejne og at fremtræde velsoignerede.”

For borgeren formuleres kvalitetsmålene således:

”At borgeren oplever, at ydelsen medvirker til, at borgeren selvstændigt kan varetage sin personlige hygiejne.

At borgeren, der er ude af stand til selvstændigt at varetage sine personlige fornødenheder, oplever god støtte i dagligdagen.



At borgeren får hjælp, når behovet opstår.  
At borgeren oplever sammenhæng og kontinuitet i opgaveløsningen.”

Ydelserne under kvalitetsmålet omfatter

- Bad
- Hårvask
- Sætte hår
- Øvre toilette
- Nedre toilette
- Mundpleje
- Barbering
- Håndpleje
- Klipning af tånegle
- Toiletbesøg
- Afklædning
- Påklædning
- Hjælp til kropsbårne hjælpemidler
- Brug af lift
- Vending og lejring
- Sengeredning

Demenscentret Pilehusets ledelse oplyste i forbindelse med inspektionen, at kvalitet i den personlige pleje og omsorg over for beboerne prioriteres meget højt.

Arbejdet med kvalitetssikring har blandt andet givet sig udslag i udarbejdelse af ”personalekort”, hvor det er angivet, hvad den enkelte medarbejder skal lave den pågældende dag. I den forbindelse er der udarbejdet kort, hvorefter medarbejderen blot skal være til stede den pågældende dag og således have overskud til f.eks. at tage en ekstra snak med en beboer.

I forhold til de demente beboere er der det særlige forhold, at de ofte ikke er i stand til selv at give udtryk for deres behov eller giver udtryk for dem på en anden måde end de ikke demente beboere.

Dette forhold er personalet på demenscentret opmærksomt på, og det indebærer blandt andet, at det prioriteres, at plejepersonalet kender hver enkelt beboer. Endvidere anvendes Dementia Care Mapping metoden i forhold til demente beboere. Metoden muliggør en kortlægning af den enkelte beboers basale behov, således at det sikres, at de opfyldes.

På medarbejdersiden arbejdes der med kvaliteten i omsorgen og plejen i forbindelse med introduktion af nye medarbejdere, supervision af personalet og to årlige temadage.

I forhold til beboerne måles der på tilfredsheden med omsorg og pleje ved regelmæssige brugertilfredshedsundersøgelser.

På mit møde med bruger- og pårørenderådet fik personalet mange rosende ord med på vejen for arbejdet med pleje og omsorg.

Formanden oplyste, at der er en god ånd i huset, at beboerne trives, og at der ikke har været en eneste klage i mange år. Personalet er dygtigt til at sætte sig ind i tingene, og yder en god omsorg overfor beboerne også ved sygdom. Medicin bliver givet ”på kløkkelæt”.

En pårørende til en beboer gav udtryk for, at der er trygge og gode forhold på demenscentret. Personalet yder en god omsorg for beboerne og er også opmærksomt på, hvordan de pårørende har det. Personalet er gode til at aktivere beboerne.

Medlemmerne af bruger- og pårørenderådet mente overordnet, at personalet andre steder kunne lære noget af personalet på Demenscentret Pilehuset. Personalet har stor viden om blandt andet Huntington Chorea.

*Det oplyste om plejen og omsorgen på Demenscentret Pilehuset giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **ADGANG TIL TOILETBESØG**

Beboerne får efter det oplyste hjælp med det samme til toiletbesøg.

*Jeg henviser i den sammenhæng til mine bemærkninger ovenfor om kaldesystemer.*

## **BORTGANG AF DEMENTE**

*Jeg henviser til afsnittet ovenfor om åbne/lukkede døre, døralarmer mv.*

## **ALVORLIGT SYGE OG DØENDE**

For så vidt angår alvorligt syge eller døende afhænger det af den pågældende og dennes pårørende hvilke foranstaltninger der iværksættes, idet det aftales individuelt.

Demenscentret Pilehuset lader døende beboere blive boende på deres eget værelse.

Personalet lytter efter det oplyste ekstra meget til de pårørendes ønsker i sådanne situationer.

## **TØJVASK**

Efter det oplyste har hver afdeling i Demenscentret Pilehuset eget vaskeri, hvor beboernes tøj kan blive vasket. Nogle beboeres tøj bliver vasket på et centralvaskeri ude i byen.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*



## 7. MEDINDFLYDELSE OG BRUGERINDDRAGELSE

Der findes en række forskellige former for inddragelse af borgerne på ældreområdet: Ældreråd, bruger- og pårørenderåd samt lovgivningsmæssig pligt til inddragelse af brugeren i tilrettelæggelsen af tilbud.

Derudover giver kommunernes kvalitetsstandarder borgerne adgang til indsigt i de politiske beslutninger om ældreplejen, mens kommunernes tilsynsforpligtelse giver mulighed for at følge med i den faktiske opgaveløsning i plejehjem mv.

### BEBOER- OG PÅRØRENDEINDFLYDELSE

Siden 1. januar 2002 har alle kommunalbestyrelser været pålagt at oprette bruger- og pårørenderåd i tilknytning til plejehjem og lignende boligenheder.

Rådene skal fungere som et forum for dialog mellem kommunen og brugerne samt de pårørende om tilrettelæggelsen af hverdagen for beboerne i plejehjem og lignende boliger. Dette skal medvirke til at skabe en større sammenhæng i indsatsen over for de personer, der bor i plejehjem og lignende boliger.

Pligten for kommunerne til at oprette bruger- og pårørenderåd i tilknytning til blandt andet plejehjem følger af § 17 i lov om social service. Bestemmelsen har følgende indhold:

”§ 17. Kommunalbestyrelsen skal nedsætte bruger- og pårørenderåd i tilknytning til plejehjem m.v., jf. § 192, plejeboligbebyggelser omfattet af lov om almene boliger m.v. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap og andre tilsvarende boligenheder. Kommunalbestyrelsen fastsætter sammensætningen af rådet under hensyntagen til lokale forhold, dog således, at brugere og pårørende udgør et flertal i rådet. Rådets opgave er at repræsentere beboernes og lejernes interesser, og rådet skal inddrages ved fastlæggelsen af retningslinjerne for den daglige pleje- og omsorgsindsats i de pågældende boligenheder, herunder retningslinjer for kostplaner, arbejdsrutiner, aktiviteter, samvær m.v. Bestemmelsen omfatter alene de beboere og lejere i de nævnte boligformer, der modtager kommunale serviceydelse.  
Stk. 2. Kommunalbestyrelsen fastsætter i samarbejde med rådet vedtægterne for dets arbejde. I vedtægterne fastsættes bl.a. regler for valg af medlemmer, valgperiode samt rådets arbejdsområde og kompetence.”

Rådene skal således inddrages ved fastlæggelsen af retningslinjerne for det daglige liv i og omkring boligen, herunder fastlæggelse af retningslinjer for kostplaner, arbejdsrutiner, aktiviteter mv.

Bruger- og pårørenderådene skal også høres om de tilsynsrapporter, der skal udarbejdes i forbindelse med det kommunale og sundhedsfaglige tilsynsbesøg, jf. § 151, stk. 3, 2. pkt. i lov om social service.

Bestemmelsen er en videreførelse af den tidligere gældende bestemmelse i § 112 a i lov om social service med redaktionelle ændringer. Sidstnævnte bestemmelse blev indført i lov om social service ved lov nr. 490 af 7. juni 2001.

I de generelle bemærkninger til det lovforslag fra 2001, der blev fremsat for folketinget den 21. marts 2001 (forslag til lov om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og lov om embedslægeinstitutioner mv.) anførtes bl.a. følgende:

”...

Det foreslås endvidere at pålægge kommunen at oprette bruger- og pårørenderåd for beboere i plejehjem og lignende boliger. Hermed skabes et forum for dialog mellem kommunen, brugerne og de pårørende. Kommunen skal efter forslaget høre rådene i forbindelse med tilsynsrapporterne, hvilket vil medvirke til at skabe en større åbenhed om forholdene for de svage ældre. Det er den enkelte kommunes ansvar at beslutte, hvor mange bruger- og pårørenderåd der skal oprettes i kommunen, samt fastsætte kriterier herfor dog skal brugere/pårørende udgøre et flertal i rådene. Da rådene skal tjene de lokale brugere og pårørendes interesser, bør rådene som minimum oprettes, så de repræsenterer brugere og pårørende med tilknytning til boliger, der udgør naturlige geografiske og/eller interesse-mæssige enheder. Hvis de berørte boligheder har yngre beboere med handicap, bør der i videst muligt omfang tages hensyn til disse beboeres særlige interesser ved sammensætningen af rådene og ved tilrettelæggelsen af rådernes arbejde.

...”

I bemærkningerne til lovforslagets § 1, nr. 3, hvorved bestemmelsen i § 112 a indførtes, anføres blandt andet følgende:

”... Kommunen fastsætter efter forslaget den nærmere sammensætning af de enkelte råd. Brugere og pårørende skal udgøre flertallet i rådet. Pårørende kan vælges til rådet uafhængigt af, om de har bopæl i kommunen. Kommunen foreslås i samarbejde med rådet at fastsætte vedtægterne for rådets arbejde. Vedtægterne bør bl.a. indeholde retningslinier for antal medlemmer i rådet, valgprocedure, valgperiode, mødestruktur og mødehyppighed samt rådets arbejdsområde og kompetence. Rådet vil typisk skulle beskæftige sig med det daglige liv i og omkring boligen, herunder fastlæggelse af retningslinier for kostplaner, arbejdsrutiner, aktiviteter og personalets måde at optræde på. For så vidt angår plejeboligbebyggelser, der er omfattet af By- og Boligministeriets lovgivning bemærkes, at bruger- og pårørenderådene efter forslaget ikke vil få nogen kompetence i relation til de beslutninger, som beboerdemokratiet kan træffe i medfør af By- og Boligministeriets lovgivning. Dette skal ses i sammenhæng med det beboerdemokrati, der allerede eksisterer på dette område, og som således ikke berøres af de råd, der nu foreslås nedsat.”

I forhold til Demenscentret Pilehuset er der i overensstemmelse med § 17 oprettet et bruger- og pårørenderåd for de målrettede tilbud for demente og et råd for de øvrige pladser i Demenscentret Pilehuset og Højhuset Birkebo.

Vedtægterne for de to råd er formuleret samlet i et sæt vedtægter, som trådte i kraft den 1. januar 2004.

Af vedtægternes § 4, stk. 1 og 3, fremgår, at hvert råd består af 8 medlemmer, og at valgperioden er 2 år, dog således at halvdelen af bruger- og pårørenderådene er på valg hvert år.

Ifølge § 1, stk. 3, i vedtægterne skal bruger- og pårørenderådene blandt andet modtage de rapporter, der udarbejdes i forbindelse med tilsynsbesøg efter reglerne i lov om social service på plejecentret. Endvidere skal rådene udtale sig om dem og have adgang til at mødes med de tilsynsførende, jf. § 3, stk. 4.

Opgaverne for bruger- og pårørenderådene i Demenscentret Pilehuset er fastlagt i vedtægternes § 3. Heraf fremgår blandt andet, at rådene overordnet skal repræsentere brugernes interesser over for Demenscentret Pilehuset og Højhuset Birkebo vedrørende den ydede pleje og omsorg m.m., sikre en let adgang for brugere og pårørende til at drøfte deres forhold med ledelsen, og inddrages i alle relevante problemstillinger i forbindelse med Pilehusets og Birkebos fastlæggelse af retningslinjer for den daglige pleje- og omsorgsindsats m.m.

Under inspektionen havde jeg lejlighed til at mødes med 7 medlemmer af bruger- og pårørenderådene.

Her fik personalet mange rosende ord med på vejen for arbejdet med pleje og omsorg.

Formanden oplyste, at der er en god ånd i huset, at beboerne trives, og at der ikke har været en eneste klage i mange år. Personalet er dygtige til at sætte sig ind i tingene, og yder en god omsorg over for beboerne også ved sygdom. Medicin bliver givet "på klokkeslæt".

En pårørende til en beboer gav udtryk for, at der er trygge og gode forhold på demenscentret. Personalet yder en god omsorg for beboerne og er også opmærksomme på, hvordan de pårørende har det. Personalet er gode til at aktivere beboerne.

Maden fra fælleskøkkenet er rigelig, men ikke altid god efter de fremmødtes opfattelse. Således har kødet undertiden ikke været tilstrækkeligt mørt. Smørrebrødet er til gengæld meget flot. Samtidig blev det dog oplyst, at der bliver fulgt op på kritik, herunder af maden.

Personalet dækker meget flot op til måltider, og serverer maden pænt og indbydende.

Medlemmerne af bruger- og pårønderådet mente overordnet, at personalet andre steder kunne lære noget af personalet på Demenscentret Pilehuset, blandt andet med hensyn til vigtigheden af et smil indimellem og opmærksomhed i forhold til beboerne.

Omgangstonen i huset er god, og personalet blev rost for sin omsorgsfulde og positive væremåde.

Beboerne er meget glade for aktivitetsafdelingen.

Personalet har stor viden om Huntington Chorea og Frontal Temporal Demens.

Alle beboere er tildelt en kontaktperson, som regelmæssigt kommer på hjemmebesøg. Ordningen fungerer fint.

Medlemmerne af bruger- og pårønderådene oplyste, at rådene høres og inddrages i relevant omfang ved fastlæggelsen af retningslinjerne for det daglige liv i og omkring boligen.

## **BEMÆRKNINGER FRA BEBOERNE**

I forbindelse med Borgerrådgiverens inspektion besigtigede jeg plejeboliger tilhørende tre af beboerne.

Den ene beboer bor i stueetagen i FT-enheden, de to andre bor i Højhuset Birkebo.

Alle tre beboere udtrykte tilfredshed med boligerne og forholdene på Demenscentret Pilehuset i øvrigt.

*Ovenstående giver mig ikke anledning til bemærkninger.*



## 8. ØVRIGE TILBUD

### BESKÆFTIGELSE OG FRITID

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens kvalitetsstandarder for personlig og praktisk hjælp efter serviceloven for 2007 fastsætter i afsnit 3.1 følgende vedrørende kulturelle aktiviteter:

Opgaven omfatter typisk

- Planlægning af aktiviteter sammen med borger
- Litteraturhold, snak om læste bøger
- Højtlesning
- Musiknydelse
- Musikudøvelse
- Diskussionsgruppe
- Klubaktiviteter.

Hyppighed: Ugentligt.

Endvidere anføres følgende om gøremål uden for egen bolig:

Opgaven omfatter typisk sammen med borger at:

- Motivere til at gå i gang
- Planlægge aktivitet
- Udarbejde aftaler og deltage f.eks. i forbindelse med
- Gudstjeneste
- Hobbys
- Kulturelle interesser
- Udflugter
- Indkøb m.m.
- Små arrangementer
- Aftenskole, foredrag, teater, fester, besøg
- Dokumentation og opfølgning.

Hyppighed: Ugentligt. Større aktiviteter planlægges inden for tidsrammen ud fra husets traditioner, eventuelt som tillægsaftale, for eksempel sommerferie, ledsagelse til familiearrangementer, rejser.

I forbindelse med mit møde med bruger- og pårørenderådet blev Demenscentret Pilehusets aktivitetsafdeling rost.

Man kan læse om mange af de beskæftigelses- og fritidsaktiviteter, der arrangeres for beboerne i de månedlige nyhedsbreve "Historier fra Demenscentret Pilehuset & Højhuset Birkebo".

Her er beretninger om blandt andet en tre-dages overnatningstur til Lalandia for tre beboere og fire ansatte, HC og FT enhedernes tur til Tenerife i november 2006, Støtte-/væreenhedens tur til Bornholm, temadagene, ture til Knuthenborg Safaripark, Sophieholm og Carlsberg, eftermiddagsudflugter op ad Strandvejen og til Langelinie.

*Jeg har ingen bemærkninger til beskæftigelses- og fritidstilbudene.*



## **BESØGSFORHOLD**

Demenscentret Pilehusets ledelse oplyste, at beboerne har fri adgang til at modtage besøgende i deres bolig, når de selv ønsker det.

Som jeg forstår det, er der er således ikke fra centrets side fastsat nogen begrænsninger i beboernes adgang til at modtage besøgende i deres bolig.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **BIBLIOTEKSBETJENING**

Beboerne har adgang til at låne biblioteksbøger via en biblioteksvogn, som regelmæssigt kommer rundet i centret.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **INDKØB, KIOSK MV.**

Der har efter det oplyste tidligere været et kiosksalg lige ved siden af Demenscentret Pilehuset, men dette er nu nedlagt på grund af overfald på ejeren.

Personalet hjælper beboerne med indkøb, herunder indkøb af madvarer til de beboere, som har ressourcer til at deltage i indkøb og tilberedning af mad.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **LEDSAGEORDNING/KØRSELSORDNING**

Der er i § 97 i lov om social service fastsat regler om ledsageordninger.

Lovens § 97, stk. 1 og 2, indeholder følgende bestemmelser:

”§ 97. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde 15 timers ledsagelse om måneden til personer under 67 år, der ikke kan færdes alene på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Stk. 2. Personer, der er visiteret til 15 timers ledsagelse om måneden ved det fyldte 67. år, jf. stk. 1, bevarer denne ret efter det fyldte 67. år.”

Københavns Kommune bevilger desuden under visse betingelser optagelse i ordningen Handicap Service under trafikselskabet Movia for bevægelseshæmmede borgere, der ikke kan benytte almindelig offentlig transport. Handicapkørsel er en individuel kørselsordning til fritidsformål. Kørsel kan benyttes til fritidsformål, det kan være besøg, indkøb, kulturelle formål og lignende.

På Demenscentret Pilehuset er der ikke etableret en særlig fast ledsagerordning herudover for beboerne.

Demenscentret Pilehuset råder over 4 minibusser, som anvendes til at transportere brugerne af støtte-/væreenheden frem og tilbage mellem hjemmet og centret. Endvidere anvendes busserne i forbindelse med ture og udflugter.

Efter det oplyste hjælper personalet beboerne med transport til og fra deres praktiserende læge og lignende.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **SOCIALFAGLIG VEJLEDNING OG BISTAND TIL BEBOERE**

Personalet i Demenscentret Pilehuset hjælper efter det oplyste i nødvendigt omfang beboerne til at få socialfaglig vejledning og bistand fra Københavns Kommunes lokale Pensions- og Omsorgskontor.

Efter behov ledsager personalet beboerne til møder med forvaltningen.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*



## 9. ANDRE FORHOLD

### **ALKOHOL MV.**

Jeg forstod på demenscentrets ledelse, at der indimellem har været et for stort alkoholforbrug hos enkelte beboere. Personalet har tacklet dette ved at motivere de pågældende beboere til at mindske alkoholforbruget.

Dette har efter det oplyste været tilstrækkeligt til at imødegå større problemer med alkoholforbrug blandt brugerne.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### **DISKRIMINATION**

Efter det oplyste har der været enkelte episoder, hvor medarbejdere har følt sig diskrimineret af en beboer på centret. Disse har været løst konkret via dialog.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### **BEBOERNES ØKONOMISKE FORHOLD**

Personalet ønsker ikke at blande sig i beboernes økonomiske forhold. De beboere, der ikke har pårørende til at hjælpe sig med varetagelsen af disse forhold, har efter det oplyste en beskikket værge.

Værgeordningen fungerer efter det oplyste udmærket.

*Jeg har ingen bemærkninger hertil.*

### **BEBOERNES SEKSUELLE ADFÆRD**

Efter det oplyste har der været enkelte episoder, hvor medarbejdere har følt sig chikaneret seksuelt af en beboer på centret. Disse har været løst konkret via dialog og efterfulgt af supervision af medarbejderne.

Man søger fra Demenscentret Pilehusets side at imødegå problemer ved at være opmærksom på beboernes signaler.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### **SIKKERHED VED OPBEVARING AF PERSONOPLYSNINGER**

En pligt til betryggende opbevaring af oplysninger følger af § 8, stk. 1 og 2, i arkivloven, lovbekendtgørelse nr. 1035 af 21. august 2007.

Efter min opfattelse følger et generelt krav om forsvarlig opbevaring af oplysninger, herunder personoplysninger, endvidere af god forvaltningsskik. I den forbindelse henviser jeg til den udtalelse, der er gengivet i Folketingets Ombudsmands beretning for 1958, side 63 f. vedrørende opbevaring af fortegnelser over uekspederede sager. Se endvidere de i beretningerne for henholdsvis 1974, side 193 f. og 1993, s. 294 ff. gengivne udtalelse vedrørende journalisering af indkommet post.

For så vidt angår fortrolige oplysninger er det en følge af reglerne om tavshedspligt i forvaltningslovens kap. 8 samt straffelovens §§ 152-152f, at en myndighed har pligt til at træffe foranstaltninger til at sikre fortrolige oplysninger mod at komme til uvedkommendes kendskab.

Demenscentrets Pilehusets ledelse oplyste, at beboernes journalmapper opbevares centralt og aflåst.

I forbindelse med en planlagt digitalisering af journalføringen i efteråret 2007 vil journaloplysningerne blive lagt over på EDB.

*Jeg har ingen bemærkninger til det oplyste om sikkerheden ved opbevaring af personoplysninger.*

#### **UDLEVERING AF EJENDELE TIL EFTERLADTE**

Ved dødsfald følger medarbejderne i Demenscentret Pilehuset efter det oplyste den praksis, at den afdødes ejendele fotograferes. De pårørende inviteres til nedpakning af ejendele, og der er altid en medarbejder til stede, når nedpakningen foretages.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## 10. KVALITETSSIKRING MV.

### KVALITETSSTANDARDE

Lov om social service fastsætter i § 93, stk. 2, 1. pkt., at kommunalbestyrelsen skal fastsætte og offentliggøre de kvalitetskrav, der stilles til leverandører af kommunale serviceydelser til blandt andet lejere i plejehjem m.v., jf. § 192.

Ifølge § 93, stk. 3, fastsætter socialministeren i en bekendtgørelse regler for opgørelse og offentliggørelse mv. af de af kommunalbestyrelsen fastsatte kvalitetskrav.

Bemyndigelsen er udnyttet ved Socialministeriets bekendtgørelse nr. 1614 af 12. december 2006 om kvalitetsstandarder og frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp mv.

Ifølge bekendtgørelsens § 9, stk. 6, fastsætter kommunalbestyrelsen efter lovens § 93, stk. 2, krav til leverandører af kommunale serviceydelser til beboere i plejehjem mv.

Af § 10, stk. 1, fremgår, at kommunalbestyrelsen skal fastsætte selvstændige kvalitetskrav for ydelseskategorierne personlig pleje, madservice med udbringning til hjemmet, madservice uden udbringning til hjemmet og øvrig praktisk hjælp.

Ifølge bestemmelsens stk. 3, kan kommunalbestyrelsen fastsætte kvalitetskrav for flere ydelseskategorier end dem, der er nævnt i stk. 1 og 2.

Der er i bekendtgørelsens § 16 fastsat regler om offentliggørelse og indberetning til Socialministeriet af pris- og kvalitetskrav.

For Københavns Kommunes vedkommende er kvalitetsstandarder for serviceydelser til blandt andet beboere i plejeboliger fastsat og offentliggjort i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens "Kvalitetsstandarder for personlig og praktisk hjælp efter servicelovens § 83, 2007, Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen".

I afsnit 3.11 er der fastsat kvalitetsstandarder for blandt andet hverdagen i plejehjem. Det overordnede formål er defineret som følger:

"At bevare og udvikle borgerens fysiske, kulturelle, intellektuelle og åndelige evner samt at udvikle og bevare sociale kontakter. At sikre et trygt og værdigt liv."

Herefter er der angivet en række mål for og ydelser under kvalitetsområdet. For så vidt angår hver enkelt ydelse er det angivet, hvad opgaven typisk omfatter, og hvor ofte den skal udføres.

Der er pågået et arbejde i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen med udvikling af nye kvalitetsstandarder. Ifølge oplysningerne på forvaltningens intranet skal de nye standarder:

"... sikre, at de ældre borgere får klar besked om det serviceniveau, politikerne har vedtaget. Samtidig skal de nye kvalitetsstandarder være lettere at overskue for medarbejderne i hverdagen...".

Københavns Kommunes kvalitetsstandarder er efterfølgende blevet revideret.

Der er dels udarbejdet de borgerrettede kvalitetsstandarder: "Tilbud til ældre", dels det faglige redskab "Katalog over visitationskriterier og ydelser 2008", som konkretiserer servicetilbuddene.

Det nævnte "Katalog over visitationskriterier og ydelser 2008" blev endeligt vedtaget af Sundheds- og Omsorgsudvalget på møde den 15. maj 2008.

Efter det oplyste forventes de borgerrettede kvalitetsstandarder for 2008 målrettet plejehjem behandlet politisk i løbet af efteråret 2008.

## **ARBEJDE MED KVALITETSSIKRING**

På Demenscentret Pilehusets internetside er der anført følgende om arbejdet med kvalitetssikring i centret:

### **”Kvalitetssikring**

I Demenscentret Pilehuset lægger vi vægt på løbende kvalitetssikring af vores tilbud til borgerne med demens og deres pårørende. Hermed vil vi sikre, at ordene i værdigrundlaget også bliver omsat til handling på et tilfredsstillende niveau.

### **Evaluering af Pilehuset**

Pilehuset blev januar 2000 startet op som et treårigt projekt med henblik på at styrke demensområdet i Københavns Kommune. I løbet af denne periode har Pilehuset altså skulle bevise sin eksistensberettigelse og at projektet kunne sætte en ny standard for kommunens demenstilbud.

Pilehuset eksisterer stadig i bedste velgående og sammenholdt med den seneste udvidelse i form af Sydfløjen tyder meget på, at initiativet er et bæredygtigt og sundt afsæt for fremtidens demensindsats.

Dette er netop også budskabet i Dania's evaluering af Pilehuset, som blev afsluttet i 2003. Evalueringen er gennemført som en såkaldt procesevaluering, hvor Dania har fulgt udviklingsprocessen fra sidelinjen gennem alle 3 år. Evalueringsrapporten kan hentes i pdf-format i den blå boks i skærmens venstre side.

### **Dementia Care Mapping**

Hver 3. måned kvalitetssikrer Pilehuset omsorgen for borgerne. Det sker ud fra metoden "Dementia Care Mapping" (DCM), der er en kvalitets- sikringsmetode udviklet af psykologen Tom Kitwood til netop dette formål. DCM er en observationsmetode, der tager sit udgangspunkt i feltstudier af praksis. Metoden fokuserer på forholdet mellem personale og borger, hvor dynamikken i omsorgen finder sted. Observationsperioden følges op af feedbackmøder, hvor datamaterialet bliver diskuteret med medarbejdergruppen. Kvalitetssikringen og feedback-møderne skal være med til at sikre, at omsorgspraksissen i Pilehuset hele tiden udvikles...”

*Ovenstående giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **BRUGERTILFREDSHEDSUNDERSØGELSER**

Som nævnt ovenfor gennemføres der ifølge oplysningerne fra Demenscentret Pilehusets ledelse regelmæssige brugertilfredshedsundersøgelser.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **KLAGER**

Det fremgår af § 34, stk. 1, i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (jf. lovbekendtgørelse nr. 1047 af 27. august 2007), at kommunalbestyrelsen nedsætter et klageråd, der drøfter, vurderer og videreformidler klager over afgørelser om tilbud efter §§ 83 og 84 i lov om social service, og følger udviklingen på området og medvirker til, at opgaverne løses i overensstemmelse med kommunalbestyrelsens målsætninger.

Klager over Københavns Kommunes plejehjem kan desuden indgives til det enkelte plejhjems ledelse som ansvarlig for driften samt til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, som har det overordnede ansvar for opgavevaretagelsen på plejhjemmene i kommunen.

I alle andre tilfælde kan man klage til Borgerrådgiveren.

Den 1. juli 2007 har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen indført nye retningslinjer for håndtering af klager. Det nye er blandt andet, at klager skal registreres ved brug af skabeloner. Disse indsendes til forvaltningen.

Derudover skal plejehjem indberette klagen og udfaldet af klagen til det lokale ældrekontor.

Demenscentret Pilehusets ledelse oplyste i forbindelse med inspektionen, at man forsøger at løse uoverensstemmelser inden de resulterer i klager, men at man i øvrigt registrerer klager i overensstemmelse med Sundheds- og Omsorgsforvaltningens retningslinjer.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*





## II. PERSONALEFORHOLD

### REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE

Om personalesituationen oplyste Demenscentret Pilehusets ledelse, at personalet er sammensat af dels en gruppe faste medarbejdere, og dels en gruppe medarbejdere, som er ansat i kortere tid.

Centret råder over faste vikarer tilknyttet de enkelte enheder.

Indimellem har man herudover benyttet sig af tilkaldevikarer fra et vikarbureau, men Demenscentret Pilehuset anvender kun denne mulighed i yderst begrænset omfang, idet kvaliteten af tilkaldevikarernes opgavevaretagelse efter det oplyste har været svingende.

Ledelsen oplyste, at det med tiden er blevet sværere at rekruttere kvalificeret personale.

*Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger omkring rekruttering og fastholdelse af medarbejdere på Demenscentret Pilehuset.*

### EFTERUDDANNELSE

Efter det af ledelsen oplyste er der afsat tilstrækkelige midler til nødvendig efteruddannelse af personalet på Demenscentret Pilehuset.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### VIKARER

*Jeg henviser til det, der er anført ovenfor i afsnittet om rekruttering og fastholdelse.*

### VOLD MOD PERSONALET

Ledelsen oplyste, at der indimellem forekommer vold fra beboerne mod personalet. Således er det efter det oplyste sket, at en beboer har givet en medarbejder "en flad".

Sådanne episoder tackles via dialog, og i forhold til den ansatte tillige ved hjælp af supervision.

Efter det oplyste har der ikke været tilfælde af vold, som har givet anledning til politianmeldelse.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### PSYKISK ARBEJDSMILJØ

Demenscentret Pilehusets ledelse oplyste, at man konstant har et ledelsesmæssigt fokus på det psykiske arbejdsmiljø.

Problemer blandt medarbejderne relateret til det psykiske arbejdsmiljø tackles blandt andet via supervision.

*Ovenstående giver mig ikke anledning til bemærkninger.*



## 12. TILSYN MV.

### INTERNT OG EKSTERNT TILSYN

Kommunalbestyrelsen har efter § 151 i lov om social service en pligt til at føre tilsyn med forholdene på plejehjem mv. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

”§ 151. Den stedlige kommune, jf. § 148 a, har pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver efter §§ 83 og 86 løses i overensstemmelse med de afgørelser, kommunalbestyrelsen har truffet efter disse bestemmelser og i henhold til kommunalbestyrelsens vedtagne kvalitetsstandarder, jf. §§ 138 og 139.

Stk. 2. Som led i tilsynsforpligtelsen efter stk. 1 skal kommunalbestyrelsen hvert år foretage mindst ét anmeldt og ét uanmeldt tilsynsbesøg på plejehjem mv., jf. § 192, i plejeboligbebyggelse, der er omfattet af lov om almene boliger mv. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap, og i andre, tilsvarende boligenheder i kommunen. Tilsynet omfatter indsatsen over for de beboere og lejere, der modtager kommunale serviceydelser. Tilsynet må ikke varetages af leverandører eller personer, der udfører opgaver på området.

Stk. 3. Efter hvert tilsynsbesøg udarbejder kommunalbestyrelsen en tilsynsrapport til brug for opfølgningen på tilsynsbesøget. Tilsynsrapporterne offentliggøres og sendes til høring i bruger- og pårønderrådet, jf. § 17, samt i det kommunale ældreråd, jf. § 30 i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område. Den enkelte bruger eller pårørende skal endvidere have tilbud om løbende at få tilsendt tilsynsrapporterne. Kommunalbestyrelsen har pligt til på anmodning fra bruger- og pårønderrådet eller det kommunale ældreråd at tilbyde det pågældende råd en mundtlig præsentation og en drøftelse af tilsynsrapporterne.

Stk. 4. Mindst én gang årligt udarbejder og offentliggør kommunalbestyrelsen en samlet redegørelse om tilsynet efter stk. 2 og 3 samt om det sundhedsfaglige tilsyn efter § 219 i sundhedsloven. Redegørelsen skal endvidere indeholde en opgørelse over, hvad der i forbindelse med tilsynet er blevet afdækket om sammenhængen mellem de ydelser, der er truffet afgørelse om, og de faktisk leverede ydelser. Redegørelsen offentliggøres og sendes til høring i bruger- og pårønderrådet, jf. § 17, og i det kommunale ældreråd. Kommunalbestyrelsen drøfter herefter redegørelsen på et møde med henblik på opfølgning af tilsynet.

Stk. 5. Socialministeren fastsætter i en bekendtgørelse regler om tilsyn efter stk. 2-4. Ministeren kan herunder fastsætte regler om, at medlemmer af kommunalbestyrelsen ikke må deltage i den faktiske udførelse af tilsynet.”

Bemyndigelsen i § 151, stk. 5, er udnyttet ved Socialministeriets bekendtgørelse nr. 805 af 29. juni 2007 om tilsyn på plejehjem og i plejeboliger mv., hvori der er fastsat nærmere regler om tilsynets formål og indhold samt om tilsynsrapporter og opfølgning.

Jeg har forud for inspektionen gennemgået de to seneste tilsynsrapporter fra tilsynsbesøgene henholdsvis den 25. juli 2006 og den 6. december 2006, som forefindes i boligkataloget på Københavns Kommunes internetside.

Tilsynsrapporten fra tilsynsbesøget den 25. juli 2006 indeholder følgende tilsynsresumé:

”Beboerne udtrykker tilfredshed med at bo i Pilehuset og Højhuset Birkebo.

Medarbejderne tilkendegiver, at de er tilfredse med arbejdspladsen.

Tilsynet har ingen bemærkninger til fokusområderne: omsorg, stamdata, medicindokumentation og medicinadministration. Plejeplaner vurderes til mindre mangler.

Handlingsplanen fra det uanmeldte tilsyn er fulgt.”

Tilsynsrapporten fra tilsynsbesøget den 6. december 2006 indeholder følgende tilsynskonklusion:

”Tilsynet får indtryk af et yderst velfungerende plejehjem med tilfredse beboere, pårørende og medarbejdere.  
Tilsynet får indtryk af at medarbejdere og ledelse på Demenscentret Pilehuset besidder et meget høj fagligt engagement.  
Handlingsplanen fra det forrige tilsyn er fulgt.”

*Ovenstående giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **INDDRAGELSE AF BRUGER- OG PÅRØRENDERÅD MV.**

Ifølge oplysningerne fra medlemmerne bruger- og pårørenderådene i forbindelse med Borgerrådsgiverens inspektion af Demenscentret Pilehuset inddrages rådene i relevant omfang ved fastlæggelsen af retningslinjerne for det daglige liv i og omkring boligen.

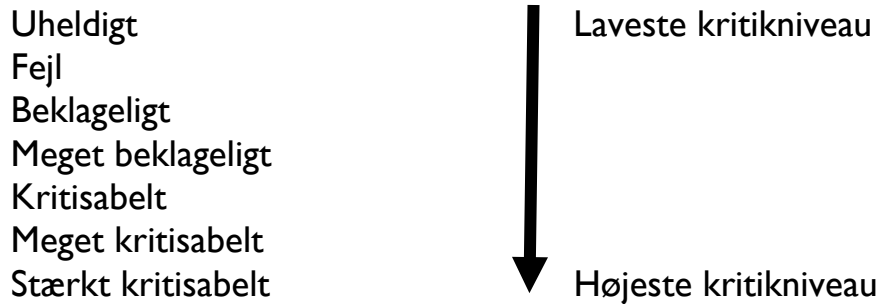
*På den baggrund har jeg ingen bemærkninger i relation til inddragelse af bruger- og pårørenderåd i Demenscentret Pilehuset.*



# BILAG

## 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). Konstateringer 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.



## **RETSKILDER OG ØVRIGT BEDØMMELSESGRUNDLAG**

Lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 1117 af 11. september 2007.

Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, jf. lovbekendtgørelse nr. 1047 af 27. august 2007.

Lov nr. 512 af 6. juni 2007 om røgfri miljøer.

Forvaltningsloven, lov nr. 571 af 19. december 1985, som senest ændret ved lov nr. 552 af 24. juni 2005.

Socialministeriets bekendtgørelse nr. 1385 af 12. december 2006, som ændret ved bekendtgørelse nr. 43 af 17. januar 2007.

Socialministeriets bekendtgørelse nr. 789 af 6. juli 2007 om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne samt om særlige sikkerhedsforanstaltninger for voksne og modtagepligt i boformer efter serviceloven.

Socialministeriets bekendtgørelse nr. 1614 af 12. december 2006 om kvalitetsstandarder og frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp m.v.

Socialministeriets bekendtgørelse nr. 805 af 29. juni 2007 om tilsyn på plejehjem og i plejeboliger m.v.

Bygge- og Boligstyrelsens vejledning om indretning af ældreboliger for fysisk plejekrævende m.fl. fra 1997, jf. Arbejdstilsynets cirkulæreskrivelse nr. 3/1997 af 15. april 1997.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ”Kvalitetsstandarder for personlig og praktisk hjælp efter servicelovens § 83, 2007, Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen”.



INSPEKTION AF DEMENSCENTRET PILEHUSET

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