

INSPEKTION AF KILDEVÆLD

SOGNS PLEJEHJEM

ENDELIG RAPPORT



INSPEKTION AF KILDEVÆLD SOGNS PLEJEHJEM ENDELIG RAPPORT

KØBENHAVNS KOMMUNE

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INDLEDNING	9
2. GENERELT OM INSPEKTIONEN	11
BAGGRUNDEN FOR BORGERRÅDGIVERENS INSPEKTIONSVIRKSOMHED	11
FØRLØB OG INDHOLD (METODE)	11
REAKTIONSMIDLER OG BEDØMMELSESGRUNDLAG	12
SKRIFTLIGE KILDER (MODTAGET DOKUMENTATION MV.)	13
3. SAMMENFATNING	15
4. GENERELT OM KILDEVÆLD SOGNS PLEJEHJEM	17
5. DE FYSISKE RAMMER	19
BYGNINGSMÆSSIGE RAMMER	20
FÆLLESAREALER	21
VÆRELSESSTANDARD	22
BAD OG TOILETFORHOLD	22
HANDICAP TILGÆNGELIGHED	22
SKÆRMEDE ENHEDER	23
ÅBNE/LUKKEDE DØRE, DØRALARMER MV.	24
RENGØRINGSSTANDARD	24
RYGEPOLITIK	25
6. PLEJE OG OMSORG MV.	27
MAGTANVENDELSE	27
PLEJEPLANER	28
FORPLEJNING	30
KALDESYSTEMER	30
HJÆLPEMIDLER (KØRESTOLE MV.)	31
OMGANGSTONE/OMGANGSFØRM (KODEKS MV.)	32
ADGANG TIL LÆGEHJÆLP O.L.	32
MEDICIN	32
ADGANG TIL PERSONLIG PLEJE	33
BORTGANG AF DEMENTE	33
ALVORLIGT SYGE OG DØENDE	34
TØJVASK	34
7. MEDINDFLYDELSE OG BRUGERINDDRAGELSE	35
BEBOER- OG PÅRØRENDEINDFLYDELSE	35
BILAG	37
BORGERRÅDGIVERENS KRITIKSKALA	37
RETSKILDER OG ØVRIGT BEDØMMELSESGRUNDLAG	38

I. INDLEDNING

Denne rapport indeholder Borgerrådgiverens endelige vurderinger og bedømmelse i anledning af Borgerrådgiverens inspektion den 4. september 2008 af Kildevæld Sogns Plejehjem 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 inddelt i en generel del om Borgerrådgiverens generelle egen driftundersøgelser og denne undersøgelses metode mv. samt dokumentationsgrundlaget i kapitel 2 og en speciel del med beskrivelser, analyser og konklusioner vedrørende netop denne undersøgelse i kapitlerne 4 og frem.

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

Bagest er som bilag optrykt Borgerrådgiverens kritikskala og en oversigt over retskilder og andet bedømmelsesgrundlag samt eventuelle øvrige relevante dokumenter.

Borgerrådgiveren den 8. december 2009



Johan Busse
borgerrådgiver

2. GENERELT OM INSPEKTIONEN

BAGGRUNDEN FOR BORGERRÅDGIVERENS INSPEKTIONSVIRKSOMHED

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

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

”Uafhængigt tilsyn ved udvidelse af Borgerrådsgiverens kompetence

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

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

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

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

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

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

FORLØB OG INDHOLD (METODE)

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

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

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

Borgerrådgiveren beder samtidigt 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 pårønderråd eller lignende, værdigrundlag og lignende skriftligt materiale.

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

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

I nogle tilfælde kan Borgerrådgiveren på selve inspektionsdagen bede 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 inspektionsstedet og mere personlige opfattelser fra beboere, brugere, pårørende og medarbejdere.

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

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

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

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

REAKTIONSMIDLER OG BEDØMMELSESGRUNDLAG

Borgerrådgiverens reaktionsmidler er de samme som Folketingets Ombudsmands reaktionsmidler. Borgerrådgiveren kan således udtale kritik og komme med henstillinger til forvaltningen. Kritik er udtryk for en faglig vurdering af, at regler og retningslinier 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 retningslinier. 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 Kildevæld Sogns Plejehjem om at modtage forskelligt baggrundsmateriale vedrørende inspektionsstedet så som kort, skitser eller bygningstegninger, vedligeholdelsesplaner, husordener og andre interne regler, beskrivelser af institutionen mv., retningslinjer for eventuelle bruger- og pårørenderåd eller lignende, værdigrundlag og lignende skriftligt materiale.

Borgerrådgiveren modtog i den anledning følgende fra forvaltningen og Kildevæld Sogns Plejehjem:

- Velkomstpjecen ”Et godt sted at bo, at gæste og at arbejde”
- Udskrift om Præsentation af Kildevæld Sogns Plejehjem 2007
- Tilsynsrapport for anmeldt tilsyn november 2007 foretaget af KR Rådgivning
- Tilsynsrapport for uanmeldt tilsyn maj 2008 foretaget af BDO Kommunernes Revision
- Tilsynsrapport for uanmeldt tilsyn 2008 foretaget af Sundhedsstyrelsen
- Kontrolrapporter for januar og april 2008 fra Fødevarekontrol
- To numre af Husavisen Kilden (juni og august 2008)
- Udskrift om Kildevæld Sogns Plejehjems bestyrelse
- Udskrift om Kildevæld Sogns Plejehjems bruger- og pårørenderåd
- Udskrift om Kildevæld Sogns Plejehjems MEDudvalg og Sikkerhedsgruppe
- Udskrift om Projekter på Kildevæld Sogns Plejehjem
- Udskrift om Energimærkning for Kildevæld Sogns Plejehjem
- Kopi af Tilstandsrapport fra januar 2007 udarbejdet af Københavns Ejendomme
- Pjecen ”Har du lyst til at være frivillig hos os?”
- Pjecen ” Pårørende. Pårørendepolitik for ældreplejen på Østerbro”
- Analyse, vurdering og idéforslag til modernisering marts 2008 udført for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

3. SAMMENFATNING

Inspektionen af Kildevæld Sogns Plejehjem 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 Kildevæld Sogns Plejehjem 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 Kildevæld Sogns Plejehjem har givet mig anledning til bemærkninger i relation til de fysiske rammer samt pleje og omsorg mv.

For så vidt angår de fysiske rammer har jeg fundet det beklageligt, at plejehjemmet mange steder fremstår nedslidt, mangler vedligeholdelse samt mulighed for udluftning.

Fællesarealerne, i særdeleshed gangene på 1., 2. og 3. etage, fremstod under inspektionen som mere eller mindre slidte og med behov for almindelig vedligeholdelse. Endvidere har gangene efter min vurdering dårlige udluftnings- og belysningsmuligheder. På tidspunktet for inspektionen har jeg tillige konstateret, at rengøringsstandarden i trappeopgangen var utilfredsstillende.

Rampen ved udgangen fra aktivitetslokale på 4. etage til tagterrassen opfylder ikke reglerne for handicaptilgængelighed. I forbindelse med inspektionen af fællesarealerne kunne det endvidere konstateres, at adgangsforholdene mellem husets fællesarealer er besværlige i den forstand, at der kun er to mindre elevatorer samt en trappeopgang, som er aflåst.

Under inspektionen fik jeg udleveret en kopi af plejeplaner for de to seneste indflyttede beboere. I forhold til den ene plejeplan bemærker jeg, at borgerens døgn- og ugeplan ikke i forhold til oplysninger om medicin var opdateret i forhold til plejeplanens fokusområder. Jeg finder den manglende opdatering af plejeplanen for beklagelig.

For så vidt angår det nærmere indhold af kritikpunkterne henviser jeg til rapportens enkelte afsnit.

4. GENERELT OM KILDEVÆLD SOGNS PLEJEHJEM

Kildevæld Sogns Plejehjem åbnede i 1974 og har tilknytning til Kildevæld Sogn.

Kildevæld Sogns Plejehjem er placeret på Ydre Østerbro tæt ved Kildevældsparken med postadressen Helsingborggade 16, 2100 København Ø.

Kildevæld Sogns Plejehjem er en selvejende institution med driftsoverenskomst med Københavns Kommune.

Plejehjemmet ledes af en bestyrelse sammensat af repræsentanter for Kildevæld Sogns Menighedspleje, medlemmer af relevante interessegrupper og medlemmer valgt blandt medarbejderne. Den daglige ledelse forestås af en ledergruppe, som består af en forstander, en souschef, 3 afdelingsledere og en ledende økonom.

Kildevæld Sogns Plejehjem består af 60 almindelige plejeboliger med plads til 63 beboere, idet tre ud af de 60 boliger er beregnet til ægtepar.

Kildevæld Sogns Plejehjem havde på tidspunktet for inspektionen 61 beboere, hvoraf to var ægtefæller, og der var ansat medarbejdere svarende til 48 fuldtidsstillinger.

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 er ændret ved bekendtgørelse nr. 43 af 17. januar 2007.

Kildevæld Sogns Plejehjem er primært for beboere med almindelig aldersdomssvækkelse og rolige demente ofte med tilknytning til lokalområdet.

Af Københavns Kommunes hjemmeside fremgår følgende omkring Kildevæld Sogns Plejhjems værdier og normer:

”Plejehjemmets opgave er, med beboerne i centrum, at skabe livskvalitet i trygge og værdige rammer.

Vi lægger vægt på omsorgen for beboerne og mulighederne for vedligeholdelse og udvikling af deres personlige ressourcer.

Det er vores hensigt at etablere gode samarbejdsrelationer til de pårørende, hvor vægten lægges på gensidig respekt til gavn for beboerne.

Disse værdier søges opfyldt ved ansættelse og fastholdelse af en velkvalificeret tværfaglig medarbejdergruppe, hvor samarbejde, ligestilling og udvikling prioriteres højt.”

I Udskrift om Præsentation af Kildevæld Sogns Plejehjem 2007 står der endvidere, at:

"Kildevælds overordnede mission er at være et dejligt sted at bo, gæste og arbejde.

Vores vision er at være et plejehjem, som arbejder bevidst med kvalitet, arbejdsmiljø og trivsel for beboere og pårørende.

...

Huset arbejder bevidst med at være et sted, som byder velkommen og er imødekommende overfor alle.

Vi ønsker at have høj beboerindflydelse og godt samarbejde med pårørende.

Vi mener at det er en kvalitet for medarbejdernes trivsel at have et højt fagligt ambitionsniveau.

Vi arbejder bevidst med arbejdsmiljøet.

Vi har et meget aktivt beboer- og pårønderåd."

Værdigrundlaget 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 om plejeboligens størrelse, indretning, køkkenfaciliteter, altan og fælles opholdslokaler.

I lov om almene boliger er der i § 110, jf. § 109, stk. 1, fastsat bestemmelser om almene ældreboligers udformning, indretning mv. Reglerne er sålydende:

” § 109. Almene familieboligers bruttoetageareal må ikke overstige 110 m², jf. dog stk. 2-5. En del af boligernes areal kan indrettes som fælles boligareal for flere boliger.

...

§ 110. Almene ældreboliger skal med hensyn til udstyr og udformning være særligt indrettet til brug for ældre og personer med handicap, herunder kørestolsbrugere. § 109, stk. 1, finder tilsvarende anvendelse.

Stk. 2. Hver ældrebolig skal være forsynet med selvstændigt toilet, bad og køkken med indlagt vand og forsvarligt afløb for spildevand. Kommunalbestyrelsen eller regionsrådet kan dog i særlige tilfælde beslutte, at ældreboliger ikke forsynes med selvstændigt køkken.

Stk. 3. Fra hver bolig skal der kunne tilkaldes hurtig bistand på ethvert tidspunkt af døgnet.

Stk. 4. Boligens adgangsforhold skal være egnede for gangbesværede. I ældreboliger, der tilvejebringes ved indretning af eksisterende beboelsesejendomme, kan kommunalbestyrelsen i særlige tilfælde, hvor ejendommens indretning gør det nødvendigt, tillade, at der ikke installeres elevator.”

Der er i Bygge- og Boligstyrelsens vejledning om indretning af ældreboliger for fysisk plejkrævende m.fl. fra 1997 givet en detaljeret beskrivelse af de krav og behov fysisk plejkrævende 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.

Der er i Københavns Kommunes boligpolitik for ældre i København en beskrivelse af kommunens politiske vision samt en række målsætninger og anbefalinger.

I forhold til plejeboliger anbefales det, 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.

Plejeboligerne bør gøres mere varierede og tidssvarende for at imødekomme ældrebefolkningens forskellige ønsker og behov.

Der skal arbejdes med at udvikle forskellige typer plejeboliger - både etrum, torums og trerums boliger, så også behovet for boliger til ægtepar imødekommes.

Kommunen bør satse på fleksible og fremtidssikrede boliger, som kan indrettes og møbleres på forskellige måder i takt med beboernes situation og evt. ændrede behov - bl.a. ved at undersøge mulighederne for flytbare skillevægge eller skabelementer.”

Boligpolitikken for ældre blev vedtaget på Sundheds- og Omsorgsudvalgets møde den 15. april 2004.

Ud over lovgivningen og Københavns Kommunes boligpolitik for ældre består Borgerrådgiverens bedømmelsesgrundlag i relation til de fysiske rammer endvidere af overordnede humanitære og medmenneskelige betragtninger.

Plejehjem 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, hvad der er acceptable forhold på det pågældende forvaltningsområde.

BYGNINGSMÆSSIGE RAMMER

Kildevæld Sogns Plejehjem består af en bygning, som er opført i 1974 i betonelementer, der er delvist skalmuret.

Plejehjemmet er en fem etagers ejendom med i alt 60 boliger og plads til 63 beboere. De 57 boliger er etværelses boliger og tre toværelses boliger. Alle boliger har eget bad og toilet. Plejeboligerne er beliggende på 1., 2. og 3. etage. På etagerne med plejeboliger, er der fælles spisestue med mindre anretterkøkken og opholdsarealer med fælles tv. På etagerne er der endvidere et gæsteværelse.

I stueetagen er der produktionskøkken, som fremstiller mad til plejehjemmets beboere. I stueetagen er der desuden træningssal, frisørsalon, klinik til fodpleje, en café med udgang til gårdhave samt kontorer.

På 1. etage er der tandlægeklinik, mens der på 4. etage henholdsvis er aktivitetscenter og to terrasser, hvoraf den ene er en stor tagterrasse med beplantning og havemøbler.

Adgangen til etagerne sker via 2 elevatorer, der er placeret omtrent midt på gangene samt en trappeopgang, som er i den ene ende af gangene.

Parkering foregår på afmærkede parkeringspladser på vejen udenfor bebyggelsen.

Der er offentlige transportmuligheder tæt ved bebyggelsen.

Bygningens ydre fremtrådte på tidspunktet for inspektionen generelt i god stand. Dog var der rådskader ved vinduespartierne i de lette facadepartier på 4. etage. Facadebeklædningen på 4. etage, som består af tynde træplader, var desuden nedslidt af vind og vejr. Endelig kunne den lille terrasse på 4. etage ikke anvendes på grund af terrassedørens rådskader. Vinduer på 1., 2. og 3. etage hele vejen rundt om bygningen, dog med undtagelse af trappevinduerne, havde større og mindre rådskader. Således var dele af vinduespartiet i spisestuen på 1. etage punkteret, og vinduet i skyllerummet på 2. etage havde også synlige skader. Problemerne i bygningens udvendige tilstand blev også bemærket i tilstandsrapporten fra Københavns Ejendomme fra januar 2007.

Under inspektionen oplyste ledelsen, at plejehjemmet havde fået bevilget penge til renovering af terrasse, facade og aktivitetslokale. Ledelsen oplyste, at plejehjemmet ikke havde en rullende vedligeholdelsesplan, men at vedligeholdelsen skete i form af enkeltløsninger. Ledelsen oplyste ligeledes, at det var vanskeligt at få bevillinger til vedligeholdelse af bygningen, idet plejehjemmet ifølge forvaltningens planer skal lukke om 10 år. I udskrift om Præsentation af Kildevæld Sogns Plejehjem 2007, hedder det, at:

”... Der er gennem årene ikke foretaget megen vedligeholdelse og det bærer huset præg af. Kildevæld er netop blevet vurderet ikke-ombygningsegnet...”

Under inspektionen havde jeg lejlighed til at besigtige fællesarealerne på de 3 beboelsesetager, de øvrige fællesarealer, én plejebolig på 1. og 3. sal samt gæsteværelserne på 2. og 3. sal.

Indvendigt er der henholdsvis linoleums- eller trægulve med undtagelse af trappeopgangene, hvor trapper og reposer er af terrazzo. Væggene og lofterne er pudsede/malede.

Plejhjemmet må mange steder betegnes som nedslidt, nogle steder meget nedslidt. Der er således flere steder, hvor bygningen har behov for vedligeholdelse.

De generelle bygningsmæssige rammer giver mig ikke anledning til øvrige bemærkninger ud over dem, der fremgår nedenfor.

FÆLLESAREALER

På hver af de 3 beboelsesetager er der et køkken, en fælles spisestue samt et fællesareal på gangen med TV.

Gangene på de tre etager var i rimelig god stand, men havde behov for vedligeholdelse og fremstod som mørke. Belysningen kom hovedsageligt fra neonlys i loftet, og der var intet direkte dagslys. Desuden var udluftningen / ventilationen dårlig. Under inspektionen oplyste ledelsen, at de var opmærksom på problemerne med gangene, og at der var iværksat en undersøgelse af muligheden for ombygning af gangene. Det blev nævnt, at man havde overvejet, at nedlægge to værelser ud mod gaden på hver gang for at skabe mere lys og plads. Det blev dog oplyst, at en sådan ombygning krævede bevilling og tilladelse, hvilket ledelsen i lyset af kommunens planer om at lukke institutionen om 10 år ikke anså for en realistisk mulighed.

Desuden oplyste ledelsen, at man ville forsøge at indhente et tilbud med henblik på løsningen af ventilationsproblemerne. Ventilationsproblemerne blev omtalt i udskrift om Energimærkning for Kildevæld Sogns Plejehjem fra marts 2008. Heri hedder det bl.a., at:

”...

Ventilationsanlæggene er generelt nedslidte og der skal udarbejdes særskilte projekter for opgradering af anlæg.

...”

I forhold til belysningen på gangene oplyste ledelsen, at man havde forsøgt at lave en forbedring af belysningen ved at lave ”hyggebelysning” på gangene.

De fælles spisestuer på de tre etager var velholdte. Alle spisestuer var nymalede og fremstod som lyse.

Køkkenerne på de tre etager var velholdte.

På 4. etage er der henholdsvis aktivitetscenter og to terrasser, hvoraf den ene er en stor tagterrasse med beplantning og havemøbler. Den anden var på tidspunktet for inspektionen lukket på grund af manglende vedligeholdelse.

Aktivitetscentret er et stort lyst lokale, som delvis var indrettet med gamle ”hyggelige” møbler. Lokalet er gammelt og velholdt, men bærer præg af mange års brug. Der er adgang til toilet fra lokalet. Desuden er der i den ene ende adgang til en trappeopgang, som deles med den ene naboejendom. I den anden ende af lokalet er der adgang til den anden naboejendom. Begge døre blev ifølge ledelsen holdt aflåst. Der er adgang til to elevatorer fra lokalet.

Under inspektionen oplyste ledelsen, at trappeopgangen hovedsageligt blev brugt af pårørende og beboerne i naboejendomme. På alle etager er dørene til trappeopgangen aflåst, og på hver etage er der en ringklokke. Trappeopgangen fremstod som mørk og snavset.

I stueetagen er der træningssal, frisørsalon, klinik til fodpleje, en café med udgang til gårdhave samt kontorer. Disse lokaler fremstod som velholdte.

Fællesarealerne, i særdeleshed gangene, fremstod under inspektionen som mere eller mindre slidte og med behov for almindelig vedligeholdelse, jf. ovenfor.

Gangene på 1., 2. og 3. etage har efter min vurdering og mit indtryk under inspektionen dårlige udluftnings- og belysningsmuligheder, jf. ovenfor.

Rengøringsstandarder i trappeopgangen er omtalt nedenfor.

VÆRELSESSTANDARD

Kildevæld Sogns Plejehjem består af 60 plejeboliger.

57 boliger består af et værelse med entré med garderober og et badeværelse med toilet og bruser. Størrelsen på boligerne er ikke angivet, men værelset har en størrelse på ca. 16 m².

3 boliger består af to værelser med entré med garderober og et badeværelse med toilet og bruser. Disse boliger er fortrinsvis til ægtepar. Størrelsen på disse boliger er ikke angivet, men de er ca. dobbelt så store som de øvrige boliger.

Alle boliger har kaldeanlæg, TV- og telefonstik og radio.

Boligerne har en varieret indretning med beboernes egne møbler.

Værelsesstandarder giver mig ikke i øvrigt anledning til bemærkninger.

BAD OG TOILETFORHOLD

Badeværelserne er udstyret med tidssvarende sanitet og forskellige hjælpemidler, herunder udklappelige armstøtter ved toiletter og lignende.

Badeværelserne er indrettet med et brusehjørne, en håndvask og et toiletskab med låge. Størrelsen på badeværelserne er ikke angivet.

Bad og toiletforholdene giver mig ikke anledning til bemærkninger.

HANDICAP TILGÆNGELIGHED

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

Dansk Standard DS 3028:2001 - Tilgængelighed for alle, som er udarbejdet af Dansk Standard bl.a. i samarbejde med By- og Boligministeriet og forskellige handicaporganisationer, indeholder vejledende standarder for tilgængelighed. Desuden har Dansk Center for Tilgængelighed (nu Statens Byggeforskningsinstitut) udarbejdet en række anbefalinger til handicapegnet byggeri.

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

Boligerne og de fleste fællesarealer er uden dørtrin. Der er dog dørtrin fra aktivitetscentret på 4. etage til en stor tagterrasse. Dørtrinnet er for højt til, at kørestolsbrugere kan komme ud på tagterrassen, og plejehjemmet har derfor lavet en rampe. Rampen opfylder ikke reglerne for handicaptilgængelighed, idet den er 9 cm høj og 70 cm lang. Rampens hældning skal ifølge reglerne være 1:20, hvorfor rampen burde have været 180 cm lang. Ifølge ledelsen, kan kørestolsbrugere dog godt komme ud på tagterrassen med hjælp fra personalet.

Rampen fra aktivitetslokalet på 4. etage til tagterrassen opfylder ikke reglerne for handicaptilgængelighed. Dette er beklageligt.

Adgangen til etagerne sker via trapper og elevatorer.

Kravene i DS 3028:2001, pkt. 4.4.8, til elevatorer foreskriver bl.a., at elevatorer i bygninger, som er åbne for publikum, skal have betjeningspanel, som skal sidde vandret 0,9-1,2 meter over gulvet og mindst 50 cm fra et hjørne.

Betjeningsknapperne skal være ophøjede, og det skal kunne høres eller føles, når de aktiveres. Tekst og tal skal være udformet i relief og anbringes så nær knapperne som muligt, men ikke på knapperne. Dansk Center for Tilgængeligheds anbefalinger svarer hertil.

Elevatorerne har vandrette betjeningspaneler, der tillige er med følbar tekst for svagtseende. Elevatorerne er dimensioneret til at kunne medtage kørestole.

Jeg har noteret mig, at placeringen af betjeningspanelet (vandret) lever op til de nævnte krav i DS 3028:2001 og Dansk Center for Tilgængelighed (nu Statens Byggeforskningsinstitut) anbefalinger. Det samme gælder den følbare tekst (etageangivelse mv.).

Kørestolsbrugere og gangbesværede kan således som udgangspunkt frit komme rundt på de forskellige etager og i boligerne, dog med undtagelse af tagterrassen.

I forbindelse med inspektionen af fællesarealerne kunne det endvidere konstateres, at adgangsforholdene mellem husets fællesarealer var besværlig i den forstand, at der kun er to mindre elevatorer samt en trappeopgang, som er aflåst. Ifølge oplysninger givet under inspektionen medfører dette blandt andet en del ventetid ved elevatorerne på tidspunkter, hvor der er mange, som færdes i huset f.eks. i forbindelse med aktiviteter i aktivitetslokalet eller på tagterrassen på fjerde sal. Ledelsen oplyste under inspektionen, at man var opmærksom på problemet, og at man ved hjælp af planlægning forsøgte at mindske besværet med ventetiden foran elevatorerne.

Adgangsforholdene mellem husets fællesarealer er besværlige i spidsbelastningssituationer, jf. ovenfor.

Jeg har ingen yderligere bemærkninger til handicaptilgængeligheden.

SKÆRMEDE ENHEDER

Ledelsen oplyste, at der ikke på plejecentret er nogen særlig demensafdeling eller særligt skærmede enheder.

På plejehjemmet var der på tidspunktet for inspektionen en dement beboer. I forhold til denne beboer havde plejehjemmet søgt om pejleudstyr og chip.

Fra den 1. september 2008 havde plejehjemmet fået tilknyttet en demenskonsulent, som skulle arbejde med de forskellige institutioner på Østerbro med henblik på at finde hensigtsmæssige

løsninger i forhold til demente beboere på de enkelte institutioner. Endvidere havde man i distriktet på Østerbro i efteråret 2008 iværksat et undervisningsforløb om demens.

Jeg har ingen bemærkninger hertil.

ÅBNE/LUKKEDE DØRE, DØRALARMER MV.

Ledelsen oplyste, at hoveddøren er lukket og låst, således at man ikke frit kan komme ind i bebyggelsen, men kun kan komme ud. Alle beboerne har fået udleveret en nøgle, således at de frit kan komme ind i bebyggelsen. Ledelsen oplyste i relation hertil, at plejehjemmet tidligere havde været plaget af ubudne gæster.

Ovenstående giver mig ikke anledning til bemærkninger.

RENGØRINGSSTANDARD

På baggrund af reglerne for personlig pleje og praktisk hjælp i § 83 i lov om social service har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fastsat kvalitetsstandarder for praktisk hjælp for 2008 ("Tilbud til ældre i plejebolig"). I afsnittet om praktisk hjælp står der blandt andet om praktisk hjælp i boligen:

"Praktisk hjælp omfatter f.eks. hjælp til:

- støvsuge tæpper og de mest anvendte møbler
- tørre støv af på flader f.eks. reoler, vindueskarme og lignende
- vaske gulv
- gøre rent på badeværelse og andre rum i tilknytning til boligen
- vaske tøj

Alt efter behov for hjælp, vil du som regel få hjælp til rengøring én gang om ugen."

Under rundgangen gjorde jeg iagttagelser om rengøringsstandarder med henblik på en vurdering af, om den kunne 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 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 Kildevæld Sogns Plejehjem var det vanskeligt for mig at vurdere den generelle rengøringsstandard grundet almindelig nedslidning og manglende indvendig vedligeholdelse.

Jeg gjorde dog følgende iagttagelser i den anledning:

I trappeopgangen kunne jeg konstatere, at trappen var dækket af et gråt lag støv.

Jeg finder rengøringsstandarder på trappen utilstrækkelige på tidspunktet for inspektionen.

RYGEPOLITIK

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 følgende bestemmelser:

“1 december 2005 vedtog Borgerrepræsentationen en ny rygepolitik for Københavns Kommune. Formålet med politikken var at sikre, at borgere og ansatte i Københavns Kommune skal kunne bo, færdes og arbejde i røgfrie miljøer. Rygepolitikken trådte i kraft den 1. januar 2007. Lov om røgfri miljøer, som træder i kraft 15. august 2007, er på enkelte områder mere restriktiv end kommunens rygepolitik. Der er derfor behov for en revision af kommunens rygepolitik, så den lever op til lovens krav. Nedenstående er en sådan revideret udgave af rygepolitikken og træder i kraft den 15. august 2007.

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.

2. Rygning er alene 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.

3. Der må ikke ryges i forbindelse med arbejde med børn - heller ikke i det fri.

Medarbejdere, der arbejder med børn, fungerer som rollemodeller, og børn er tillige særligt sårbare over for passiv rygning. Rygning i samvær med børn er derfor ikke tilladt. Dette gælder dels i de kommunale lokaler, dels på udfugter, lejrskoler m.v. Det gælder såvel udendørs som indendørs. Kommunale lokaler, hvor børn og unge opholder sig skal være konsekvent og totalt røgfrie miljøer. For den kommunale dagpleje og puljeordninger, jf. §§ 24 og 25 i lov om social service, gælder det, at det ikke er tilladt at ryge i dagplejehjemmet og i andre lokaler til brug for dagpleje, når der passes børn. Lokaler, der primært er indrettet som børnenes lege- og opholdsrum, skal være røgfrie hele døgnet.

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.

6. I offentlige rum er rygning ikke tilladt.

I offentlige rum som f.eks. sportshaller, medborgerhuse og daghjem er rygning ikke tilladt. Det kan dog besluttes at indrette rygerum eller rygekabiner til brug for borgerne. Rygerummet skal være godt ventileret og må ikke benyttes til andre formål. Beslutning om evt. etablering af rygefaciliteter foretages af den enkelte forvaltning efter drøftelse i samarbejdsudvalg/brugerråd.

7. I væresteder, varmestuer og lignende tilbud til socialt udsatte, hvor der kun er et opholdsrum for brugerne kan det besluttes, at rygning er tilladt for brugerne.

Hvis der er flere rum, kan der kun ryges i rygerum eller rygekabiner. Beslutning om evt. etable-

ring af rygefaciliteter foretages af den enkelte forvaltning efter drøftelse i samarbejdsudvalg/brugerråd.

8. Det er et ledelsesansvar, at rygepolitikken overholdes.

Ledelsen på en arbejdsplads har ansvaret for, at alle gældende regler overholdes. Ledelsen har derfor pligt til at skride ind over for medarbejdere, der ikke overholder ovenstående.

9. Der kan ikke dispenseres fra rygepolitikken

10. Medarbejderne i kommunen tilbydes rygeafvænningskursus.

11. Kommunen arbejder for, at der på selvejende institutionerne gennemføres tilsvarende rygepolitikker.

Dette kan ske ved indførelse i driftsoverenskomsten.”

Kildevæld Sogns Plejehjem er omfattet af Københavns Kommunes Rygepolitik.

Plejehjemets ledelse oplyste i relation til spørgsmålet om rygning, at det følger af husets rygepolitik, at der indenfor ikke må ryges på institutionens fællesarealer. Beboerne må således kun ryge i deres egen bolig eller udenfor.

Ledelsen oplyste videre, at rygepolitikken havde været drøftet i bruger- og pårørenderådet, og at rygepolitikken efterfølgende var blevet beskrevet i husavisen Kilden.

Rygepolitikken er ifølge ledelsen blevet implementeret hen ad vejen. I begyndelsen blev rygepolitikken ikke strengt håndhævet af plejehjemmet, men ifølge ledelsen er man nu nået et punkt, hvor politikken stort set bliver efterlevet af beboerne. Undervejs har rygepolitikken skabt sociale problemer i den forstand, at nogle beboere fravalgte sociale aktiviteter for at kunne ryge i deres egne boliger. Ifølge ledelsen har en ny kultur udviklet sig blandt beboerne, hvor de har lært at leve med rygepolitikken.

Jeg har ingen bemærkninger hertil.

6. PLEJE OG OMSORG MV.

MAGTANVENDELSE

Der er i §§ 124-137 i lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 979 af 1. oktober 2008, 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 2006 om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne samt om særlige sikkerhedsforanstaltninger for voksne og modtagepligt i boformer efter serviceloven.

Under inspektionen oplyste plejehjemmets ledelse, at der i lang tid ikke havde været behov for brug af magtanvendelse. Det blev videre oplyst, at plejehjemmet i forhold til en dement beboer havde søgt forvaltningen om pejleudstyr og chip.

Ledelsen oplyste endvidere, at personalet i tilfælde af situationer med voldsomme beboere anvender pædagogiske metoder såsom overtalelse til at føre dem væk fra fællesskabet.

Derudover blev det fremhævet, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningens demensteam har været på plejehjemmet for at undervise medarbejderne i reglerne om magtanvendelse.

Det oplyste om magtanvendelse i plejecentret 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, forebyggelse mv. 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 indsatsen
- 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.”

Under inspektionen anmodede jeg om at få en kopi af plejeplaner for de to seneste indflyttede beboere. Ledelsen afleverede de anmodede plejeplaner under inspektionen.

Den ene plejeplan indeholder stort set alle de informationer, som skal stå i en plejeplan, mens den anden har færre informationer og dermed mangler flere af de påkrævede informationer.

Jeg formoder, at plejehjemmet på tidspunktet for inspektionen ikke havde modtaget alle de informationer, som den anden plejeplan skal indeholde, og at dette er baggrunden for de manglende informationer.

I forhold til den anden plejeplan bemærker jeg endvidere, at borgerens døgn- og ugeplan ikke for så vidt angår oplysninger om medicin var opdateret i forhold til plejeplanens fokusområder.

Det fremgår således af borgerens døgn- og ugeplan, at der den 6. august 2008 er noteret, at: ”i skrivende stund får (borgerens navn) ikke medicin.”

I samme plejeplans fokusområde om undersøgelser er det den 14. august 2008 noteret, at et mål for borgeren er:

”at (borgers navn) får den ord. Medicin.”

Plejeplanen blev afleveret til mig den 4. september 2008, og på den baggrund må det lægges til grund, at borgerens døgn- og ugeplan ikke er blevet opdateret, og at dette er årsagen til de modstridende oplysninger i borgerens plejeplan.

Jeg finder den manglende opdatering af plejeplanen for beklagelig.

Fælles for begge plejeplaner er, at de mangler informationer om borgernes livshistorier. Under inspektionen oplyste ledelsen, at disse informationer ofte er svære at få, da det som regel er de pårørende, der skal komme med informationerne. Dette bekræftes af de to udleverede plejeplaner, idet plejehjemmet i begge tilfælde afventer information fra de pårørende.

Det oplyste om plejeplaner giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger.

FORPLEJNING

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

Det er således vigtigt for beboernes velbefindende, at kosten 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 som Kildevæld Sogns Plejehjem fungerer til de fleste beboeres overvejende tilfredshed.

Under inspektionen oplyste ledelsen, at plejehjemmet var selvforsynende med mad. Der laves mad til hele plejehjemmet i centralkøkkenet, der er beliggende i stueetagen. Det blev oplyst, at køkkenet laver varm mad til middag og smørrebrød med én lun ret til aftensmaden.

Ledelsen oplyste, at maden er et stort samtaleemne blandt beboerne, og at der er en åben dialog herom. Kildevæld Sogns Plejehjem har tidligere haft et kostudvalg, men det blev besluttet at nedlægge det, da der havde været et meget lille fremmøde til møderne. Bruger- og pårørende rådet og ledelsen oplyste, at dialogen om maden i stedet finder sted på de månedlige beboermøder, hvor alle deltager, og på møderne i bruger- og pårørenderådet. Såvel ledelsen som bruger- og pårørenderådet oplyste, at der er udbredt tilfredshed med maden. Bruger- og pårørenderådet oplyste hertil, at de har forståelse for, at det er svært for køkkenet at lave mad, som alle husets beboere er tilfredse med. Rådet oplyste videre, at maden generelt er varieret. Ledelsen oplyste, at der bliver lyttet til beboernes ønsker.

Ledelsen oplyste, at der på tidspunktet for inspektionen var fokus på ernæring, ligesom der var planer om at implementere forvaltningens kostregistreringsprogram i efteråret 2008.

Det oplyste om forplejningen giver mig ikke anledning til bemærkninger. Mine medarbejdere og jeg spiste det samme til frokost som plejehjemets beboere, og heller ikke dette giver mig anledning til bemærkninger.

KALDESYSTEMER

På baggrund af reglerne for personlig pleje og praktisk hjælp i § 83 i lov om social service har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fastsat kvalitetsstandarder for praktisk hjælp for 2008 ("Tilbud til ældre i plejebolig"). I afsnittet "Hvad kan du få hjælp til?" står der blandt andet:

"...

Desuden er målet, at du oplever tryghed i din hverdag. Dette forsøger vi blandt andet at opnå ved, at der er tilknyttet fast personale døgnet rundt hele året, så du afhængigt af dit behov kan få hjælp hele døgnet."

Der blev i 2007 installeret et nyt kaldesystem med snoretræk i samtlige boliger. Der er ikke noget samtaleanlæg, så personalet skal fysisk opsøge beboeren for at finde ud af, hvad der er galt.

Kald på kaldesystemet har efter det oplyste altid en høj prioritering. Ledelsen oplyste, at det ikke er muligt at angive, hvor lang ventetiden gennemsnitligt er ved kald. Ledelsen oplyste, at medarbejderne er gode til at prioritere, og at der generelt ikke er problemer med lang ventetid ved kald. Ledelsen oplyste, at der dog i foråret 2008 havde været et enkelt tilfælde, hvor der blev klaget over lang ventetid ved kald.

Bruger- og pårønderrådet bekræftede under inspektionen ledelsens vurdering af brugen af kaldesystemet. Rådet oplyste, at personalet næsten altid kommer med det samme, men at der nogle gange godt kan være lidt ventetid. Rådet oplyste, at dette særligt er tilfældet om eftermiddagen (efter kl. 15), hvor der kun er to medarbejdere i hver afdeling. Rådet oplyste videre, at ventetiden alene skyldes de knappe personaleressourcer og den deraf følgende travlhed blandt personalet. Rådet understregede således, at ventetiden ikke er udtryk for ligegyldighed med beboerne.

Ledelsen oplyste under inspektionen, at plejehjemmet med den personalemæssige normering på to medarbejdere per afdeling om eftermiddagen og aftenen ligger over den gennemsnitlige normering for plejehjem i Københavns Kommune.

Jeg har i forbindelse med tidligere inspektioner af plejehjem mv. udtalt følgende om, hvor hurtigt der skal reageres på kald:

”Det er overladt til fortolkning at fastlægge, hvad det nærmere kræver, når det i kvalitetsstandarden 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 fremgår ikke længere eksplicit af kvalitetsstandarderne, at der skal reageres straks på kald fra beboere, men jeg går ud fra, at den ændrede formulering ikke betyder, at der skal reageres langsommere end tidligere og at ovenstående tidsramme derfor fortsat må være gældende.

Idet jeg går ud fra, at plejehjemmet normalt kan imødekomme dette, og at der kun undtagelsesvis forekommer ventetider, der afviger væsentligt herfra, giver det oplyste om kaldesystemerne mig ikke anledning til bemærkninger.

HJÆLPEMIDLER (KØRESTOLE MV.)

På baggrund af reglerne for hjælpemidler i § 112 i lov om social service har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fastsat kvalitetsstandarder for hjælpemidler for 2008 ("Tilbud til ældre i plejebolig"). I afsnittet "Hjælpemidler" står der følgende:

”Du kan få et hjælpemiddel, hvis du har en varig fysisk eller psykisk svækkelse.

Hjælpemidler omfatter f.eks.

- tekniske hjælpemidler, f.eks. rollatorer, badetaburetter eller kørestole

- personlige hjælpemidler, f.eks. proteser, kompressionsstrømper, parykker, diabeteshjælpemidler eller ortopædisk fodtøj
- éngangshjælpemidler, f.eks. bleer eller urinposer

De tekniske hjælpemidler bliver genbrugt, når det er muligt. Derfor må du være indstillet på, at du kan få et hjælpemiddel, som har været brugt.”

Ledelsen oplyste, at plejehjemmet er et såkaldt § 140 plejehjem, hvilket betyder, at beboerne ikke skal søge om hjælpemidler, og at plejehjemmet selv betaler for alle hjælpemidler. Ledelsen oplyste, at der ingen ventetid er på hjælpemidler, og at de ofte bliver leveret fra dag til dag.

Det oplyste om hjælpemidler giver mig ikke anledning til bemærkninger.

OMGANGSTONE/OMGANGSFORM (KODEKS MV.)

Ledelsen på plejecentret oplyste, at der er en god tone mellem personale og beboere. Ledelsen oplyste videre, at der ikke er en kodeks for omgangstone, men at omgangstone bygger på kulturen i huset. Ledelsen oplyste videre, at man blandt personalet er meget bevidste om tonen og stemningen i huset. Ledelsen oplyste endelig, at humor bliver brugt meget, og at der bliver lagt vægt på, at tonen i forhold til den enkelte beboer bliver tilpasset beboerens person og temperament.

Bruger- og pårønderrådet, som jeg havde en samtale med i forbindelse med inspektionen, gav generelt udtryk for, at plejecentrets personale udviser en god omgangstone.

Ledelsen og bruger- og pårønderrådets opfattelse understøttes af tilsynsrapporten for uanmeldt tilsyn maj 2008 foretaget af BDO Kommunernes Revision. Heri blev det blandt andet konkluderet, at plejehjemmet har:

”...

Et godt pleje- og omsorgsfagligt niveau med god faglighed, god omgangstone, tryghed og trivsel.

...”

Det oplyste om omgangstone giver mig ikke anledning til bemærkninger.

ADGANG TIL LÆGEHJÆLP O.L.

Under inspektionen oplyste ledelsen, at plejehjemmet har tilknyttet en læge, som kommer én gang om ugen. Det er et tilbud til beboerne, og beboerne bestemmer selv, om de ønsker at benytte sig af tilbuddet. På tidspunktet for inspektionen blev det oplyst, at otte beboere forsat havde beholdt deres egen læge. Ledelsen oplyste, at mange beboere finder det betryggende at have en læge, der kommer én gang om ugen.

Ifølge de foreliggende oplysninger har alle beboerne på Kildevæld Sogns Plejehjem således en umiddelbar adgang til lægehjælp i det omfang, de måtte ønske at få det, ligesom medarbejderne i fornødent omfang yder hjælp i forbindelse hermed.

På den baggrund har jeg ingen bemærkninger vedrørende beboernes adgang til lægehjælp.

MEDICIN

Under inspektionen oplyste ledelsen på plejecentret, at Sundhedsstyrelsen den 9. juli 2008 havde gennemført et uvarslet tilsynsbesøg. Ledelsen havde i forbindelse med inspektionen udleveret Sundhedsstyrelsens tilsynsrapport. I denne konkluderes det blandt andet at:

”Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at Kildevæld Sogns Plejehjem fungerede tilfredsstillende.”

Jeg bemærker for god ordens skyld, at jeg som Borgerrådgiver ikke råder over særlige sundhedsfaglige kompetencer og derfor kun i begrænset omfang kan påse sundhedsfaglige forhold.

Jeg henviser i stedet til, at embedslægen efter sundhedsloven gennemfører et årligt uanmeldt sundhedsfagligt tilsyn på plejehjem og lignende boligenheder vedrørende de sundhedsmæssige forhold, herunder medicinbehandlingen. Derudover indgår medicinbehandlingen også i kommunens egne tilsyn.

Jeg har ikke i forbindelse med min inspektion konstateret forhold, der kan give mig anledning til kritik i denne henseende.

ADGANG TIL PERSONLIG PLEJE

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

På baggrund af reglerne for personlig pleje og praktisk hjælp i § 83 i lov om social service har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fastsat kvalitetsstandarder for personlig pleje for 2008 ("Tilbud til ældre i plejebolig"). I afsnittet "Personlig pleje" står der blandt andet:

"Du kan få hjælp til personlig pleje alt efter dine konkrete behov. Du kan få personlig pleje, hvis du har behov for hjælp til f.eks. at vaske dig og til at gå på toilettet.

Plejen tilrettelægges i tæt samarbejde med dig og gives med respekt for dine ønsker.

Personlig pleje omfatter f.eks. hjælp til at

- blive vasket eller komme i bad
- få vasket og friseret hår
- komme på toilet
- tage tøj på og af
- tage proteser på og af

Typisk vil der være forskel på, hvor ofte du får hjælp til dine konkrete plejebehov. Alt efter dit behov for hjælp, vil du typisk få hjælp til personlig pleje dagligt. Har du brug for hjælp til hårvask og / eller bad, vil du dog som hovedregel få hjælp hertil én gang om ugen."

Ledelsen på plejehjemmet har oplyst, at beboerne får øjeblikkelig hjælp til toiletbesøg, dog kan der være nogle situationer om aftenen, hvor der kan være en vis ventetid.

Derudover oplyste ledelsen, at beboerne får den daglige hjælp, som skønnes at være nødvendig. Bruger- og pårørenderådet gav udtryk for, at de var enige i ledelsens vurdering.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

BORTGANG AF DEMENTE

I forbindelse med min inspektion oplyste plejehjemmets ledelse, at det kun sker sjældent, at demente beboere forlader stedet, og der har ikke i den forbindelse været nogen alvorlige tilfælde, hvor en dement beboer er kommet til skade. Ledelsen oplyste, at der på tidspunktet for inspektionen var en dement beboer, som personalet havde under opsyn for at forhindre vedkommende i at forlade plejehjemmet. Det blev videre oplyst, at plejehjemmet i forhold til beboeren havde søgt forvaltningen om pejleudstyr og chip.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

ALVORLIGT SYGE OG DØENDE

Pleje og omsorg i forhold til alvorligt syge og døende bør ud fra overordnede medmenneskelige og humanitære hensyn prioriteres højt, således at ubehaget ved sygdom mindskes, og døende (og pårørende) får en værdig sidste tid.

I den forbindelse bør beboeren og i et vist omfang de pårørende så vidt muligt inddrages ved rettelse af pleje- og omsorgsopgaverne, således at der i videst mulig udstrækning tages hensyn til individuelle ønsker i den sammenhæng.

I forbindelse med min inspektion oplyste plejehjemmets ledelse, at plejehjemmet lægger stor vægt på, at det er op til den enkelte beboer, hvorvidt de ønsker at tale om det forhold, at de er døende. De fleste ønsker det ikke. Det er ikke som udgangspunkt noget, der bliver talt om ved indflytningssamtalen.

Plejehjemmet forsøger at inddrage de pårørende så meget som muligt, ligesom også beboerens egen læge bliver inddraget. Personalet på plejehjemmet sørger også for at skabe en god kontakt mellem lægen og de pårørende. De pårørende har mulighed for at overnatte hos beboeren, så meget de vil. Plejehjemmet har to gæsteværelser.

Ledelsen oplyste, at Velfærdsministeriet har bevilget et projekt om den værdige livsafslutning i 2009, hvor plejehjemmet skal udvikle nye og bedre metoder og rutiner omkring dødsfald og øge medarbejdernes kompetencer i forhold til terminal pleje.

Ovenstående giver mig ikke anledning til bemærkninger.

TØJVASK

Under inspektionen oplyste ledelsen, at plejehjemmet har eget vaskeri, og at plejehjemmet således selv vasker beboernes tøj.

Ledelsen oplyste, at vaskeriet generelt virker fint, og at det kun sjældent sker, at vasketøjet forsvinder.

Ovenstående giver mig ikke anledning til bemærkninger.

7. MEDINDFLYDELSE OG BRUGERINDDRAGELSE

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

Derudover giver kommunens kvalitetsstandarder borgerne adgang til indsigt i de politiske beslutninger om ældreplejen, mens kommunens 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 overfor de personer, der bor på plejehjem og i lignende boliger.

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

”§ 17. Kommunalbestyrelsen skal nedsætte bruger- og pårørenderåd i tilknytning til plejehjem mv., jf. § 192, plejeboligbebyggelser omfattet af lov om almene boliger mv. 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 mv. Bestemmelsen omfatter alene de beboere og lejere i de nævnte boligformer, der modtager kommunale serviceydelser.

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 i forhold til 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 indføjet 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 interessemæssige enheder. Hvis de berørte bolig-enheder 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 retningslinjer 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 retningslinjer 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.”

På Kildevæld Sogns Plejehjem er der i overensstemmelse med § 17 oprettet et bruger- og pårørenderåd, der på tidspunktet for inspektionen bestod af 3 brugerrepræsentanter, 2 medarbejderrepræsentanter, 1 ledelsesrepræsentant og 3 pårørende repræsentanter.

Jeg modtog forud for inspektionen en oversigt over Kildevæld Sogns Plejhjems bruger- og pårørenderåd samt rådets forretningsorden.

Under inspektionen havde jeg lejlighed til at møde medlemmerne af bruger- og pårørenderådet.

Rådsmedlemmerne udtrykte generel tilfredshed med forholdene på Kildevæld Sogns Plejehjem og med samarbejdet med plejecentrets ledelse.

Bruger- og pårørenderådet bemærkede dog, at de fandt, at den personalemæssige normering om eftermiddagen og aftenen var for lav, idet der kun er to medarbejdere i hver afdeling. Rådet oplyste, at den lave normering blandt andet kan betyde længere ventetider ved kald, samt at der ingen aktiviteter er i dette tidsrum.

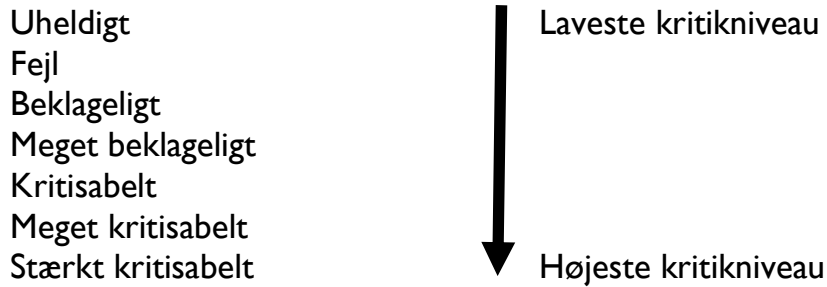
Jeg formidlede bruger- og pårørenderådets tilkendegivelser til ledelsen i forbindelse med inspektionen.

I relation til bruger- og pårørenderådets oplysning om de fysiske rammer og den daglige pleje og omsorg henviser jeg til det, jeg har anført ovenfor i afsnit 5 og 6.

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). Konstatninger af at noget er uheldigt, registreres ikke som en egentlig kritik i Borgerrådgiverens statistik.

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

RETSKILDER OG ØVRIGT BEDØMMELSESGRUNDLAG

Lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 979 af 1. oktober 2008.

Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, jf. lovbekendtgørelse nr. 877 af 3. september 2008.

Lov nr. 436 af 14. juni 1996 om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende.

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

Arkivloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1035 af 21. august 2007.

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

Straffeloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1260 af 23. oktober 2007.

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 mv.

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

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.

Dansk Standard DS 3028:2001.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens borgerrettede kvalitetsstandarder "Tilbud til ældre i plejebolig 2008/ 2009".

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens katalog over visitationskriterier og ydelser 2008.

INSPEKTION AF KILDEVÆLD SOGNS PLEJEHJEM

ENDELIG RAPPORT

Redaktion

Borgerrådgiveren

Kontakt

Københavns Kommune
Vester Voldgade 2A
1552 København V

Foto

Borgerrådgiveren

Tryk

Oplag

ISBN

Udgiver

Borgerrådgiveren

KØBENHAVNS KOMMUNE

Borgerrådgiveren

Vester Voldgade 2A

1552 København V

Telefon: 33 66 14 00

Telefax: 33 66 13 90

E-mail: borgerraadgiveren@kk.dk

www.borgerraadgiver.kk.dk