

# **REFERAT Ældre- og Omsorgsudvalget\_2018-21 d. 19-02-2018**

**Mødedato** Mandag d. 19. februar 2018 kl. 19:00

**Mødested** Udvalgsværelse 2

## **Indholdsfortegnelse**

Meddelelser.....	3
Godkendelse af Sundhedsberedskabsplan 2018-2021.....	4
Kommunalt tilsyn 2017 på plejecentre og Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering.....	6
Revision af kvalitetsstandarder på ældreområdet 2018.....	11
Sundhedsstyrelsens pulje "Videreudvikling og styrkelse af indsatser i kommunerne med særligt fok	14
Procesplan for udvikling af ny Ældre- og Værdighedspolitik 2019-2022.....	17

## **Punkt 18: Meddelelser**

00.22.00-P35-20-18

### **Sagsfremstilling**

#### 1. Udvalgsaktiviteter i 2018

Jf. intromødet for udvalget og senere drøftelser, forsøges det årlige møde med Ældrerådet gennemført i 1. halvår 2018, forventeligt i juni måned.

#### 2. Akaciegården Regnskab 2017

Det selvejende plejecenter Akaciegården har aflagt et foreløbigt regnskabsresultat for 2017 med et merforbrug på cirka 4 mio. kr., svarende til cirka 10% af det samlede budget. Det særdeles utilfredsstillende resultat har blandt andet baggrund i flere ledelsesudskiftninger i 2017 og et komplekst styringsgrundlag ift. de bagvedliggende ejerskabsforhold vedr. den selvejende institution. De pågår en nærmere udredning i samarbejde med kommunens revision. Udvalget vil på mødet blive orienteret nærmere om de enkelte forhold og perspektiverne for 2018, jf. også den orientering, der blev givet til Sundheds- og Omsorgsudvalget i november 2017.

#### 3. Henvendelse vedr. PensionistIdræt

Formanden orienterede om kommende sag.

# Punkt 19: Godkendelse af Sundhedsberedskabsplan 2018-2021

00.01.00-A01-389-17

## Resume

Frederiksberg Kommunes Sundhedsberedskabsplan er en delplan af kommunens overordnede beredskabsplan (Plan for fortsat drift), og skal godkendes hvert fjerde år.

## Beslutning

Eldre- og Omsorgsudvalget indstiller, at Frederiksberg Kommunes sundhedsberedskabsplan 2018-2021 godkendes.

## Indstilling

Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedsområdet indstiller, at forslaget til Frederiksberg Kommunes sundhedsberedskabsplan 2018-2021 godkendes.

## Sagsfremstilling

Frederiksberg Kommunes Sundhedsberedskabsplan er en delplan af kommunens overordnede beredskabsplan (Plan for fortsat drift), og skal godkendes hvert fjerde år. Frederiksberg Kommunes overordnede 'Plan for fortsat drift' er udarbejdet af Frederiksberg Kommunes Beredskabssamordning og indgår samtidig som en del af det samlede plankompleks for hele Hovedstadens Beredskabs 'Plan for fortsat drift'. Kommunaldirektørens område er overordnet ansvarlig for udformning og indhold af Frederiksberg Kommunes Plan for fortsat drift.

Sundhedsberedskabsplanen er forankret i Frederiksberg Kommunes Sundheds- og Omsorgsafdeling.

Sundhedsberedskabsplanen skal benyttes af afdelingen før, under og efter hændelser. Alle offentlige myndigheder er forpligtet til at planlægge at opretholde og videreføre samfundets funktioner i tilfælde af større eller uventede hændelser for eksempel større trafikulykker, ekstrem vejrlig, epidemier og terror. Formålet med et nationalt sundhedsberedskab er at sikre det samlede sundhedsvæsens evne til at kunne udvide og omstille sin behandlings- og plejekapacitet m.m. ud over det daglige beredskab. De overordnede sundhedsfaglige beredskabsopgaver omfatter:

- Modtagelse, pleje og behandling af ekstraordinært udskrevne patienter fra hospitaler samt andre syge og smittede i eget hjem.
- Varetagelse af hygiejniske foranstaltninger, forebyggelse og behandling af infektioner og epidemiske sygdomme.
- Ydelse af anden omsorg herunder krisestøtte til tilskadedkomne, syge og handicappede.
- Plejeopgaver i relation til særlige situationer f.eks. ekstremt vejr, drikkevandsforurening eller andre CBRNE hændelser (kemiske, biologiske, radiologiske, nucleare, eksplosive).

Regionernes og kommunernes sundhedsberedskabsplaner skal beskrive den lokale krisestyringsorganisering, og hvordan man vil håndtere ekstraordinære hændelser.

Frederiksberg Kommunes Sundhedsberedskabsplan 2018-2021 er opdelt i en orienterende del 1 og en operationel del 2 (se vedhæftede udkast af planen). Den orienterende del 1 omhandler krisestyringsorganiseringen. Den operationelle del 2 indeholder konkrete procedurer for håndtering af specifikke opgaver og situationer i form af en række handlekort.

Det er et krav, at en kommune koordinerer sin planlægning med regionen og omkringliggende kommuner. Frederiksberg Kommunes sundhedsberedskabsplan har været sendt til høring i Sundhedsstyrelsen og Region Hovedstaden (høringssvarene er vedlagt som bilag). Udkastet til planen er ligeledes udarbejdet i dialog med Hovedstadens Beredskab og Københavns Kommune.

Sundhedsstyrelsens bemærkninger til Frederiksberg Kommunes sundhedsberedskabsplan er, at den er særdeles god og handlingsorienteret, og at den inddrager alle relevante anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens vejledning, samt at den har god sammenhæng med kommunens generelle beredskabsplan. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til Frederiksberg Kommunes sundhedsberedskabsplan er indarbejdet i vedlagte plan.

Region Hovedstadens bemærkninger til Frederiksberg Kommunes sundhedsberedskabsplan er, at formatet gør planen anvendelig, og at planen fungerer godt som opslagsværk. Region Hovedstadens anbefalinger er indarbejdet i vedlagte plan.

Intern formidling af Sundhedsberedskabsplan 2018-2021: Efter godkendelse af sundhedsberedskabsplanen påbegyndes formidlingen af sundhedsberedskabsplanen til medarbejdere i kommunen. Formidlingen vil i første omgang være

målrettet Social-, Sundheds-, og Arbejdsmarkedsområdets døgninstitutioner samt Frederiksberg Kommunes Hjemmepleje, hvor ekstraordinære hændelser kan have indgribende betydning for kommunens ældre og svage borgere.

## **Økonomi**

Sagen har ingen økonomiske konsekvenser.

## **Borgmesterpåtegning**

Ingen.

## **Behandling**

Ældre- og Omsorgsudvalget den 19. februar 2018, Magistraten den 5. marts 2018 og Kommunalbestyrelsen den 19. marts 2018.

## **Bilag**

Bilag 1 - Sundhedsberedskabsplan Frederiksberg 2018-2021 - uden bilag

Bilag 2 - Rådgivning Frederiksberg kommune final

Bilag 3 - Bemærkninger til Frederiksberg Kommunes sundhedsberedskabsplan

# Punkt 20: Kommunalt tilsyn 2017 på plejecentre og Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering

27.12.16-K09-2-17

## Resume

Sagen gennemgår det kommunale uanmeldte tilsyn på plejecentrene samt et kommunalt anmeldt tilsyn på Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering i 2017. Tilsynet vurderer, at plejecentrene er velfungerende, og at beboere og medarbejdere oplever tilfredsstillende forhold og trives godt i hverdagen. På Døgnrehabiliteringen giver borgerne også udtryk for tilfredshed med deres ophold, og medarbejderne giver udtryk for tilfredshed med forholdene for borgerne.

## Beslutning

Ældre- og Omsorgsudvalget

1. tog sagen med tilsynsrapporterne til efterretning,
2. godkendte de i sagen beskrevne udviklingspotentialer som grundlag for høring hos Ældrerådet og Handicaprådet.

Der sker en revurdering af tilsynskoncept ift. antal borgere/pårørende inddraget mv. frem mod tilsynsrunden i 2019.

## Indstilling

Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedsområdet indstiller,

1. at sagen med tilsynsrapporterne tages til efterretning,
2. at de i sagen beskrevne udviklingspotentialer godkendes som grundlag for høring hos Ældrerådet og Handicaprådet.

## Sagsfremstilling

Frederiksberg Kommune er jævnfør Serviceloven § 151, stk. 2 forpligtet til hvert år at foretage mindst ét uanmeldt tilsynsbesøg på plejehjem og plejeboligbebyggelser. De årlige tilsyn med Frederiksberg Kommunes 12 plejecentre foretages med udgangspunkt i Frederiksberg Kommunes tilsynskoncept for plejecentre. Alle plejecentre og Døgnrehabiliteringen har i perioden fra den 22.05.2017 til den 19.12.2017 fået tilsyn efter tilsynskonceptet, som blev godkendt på Sundheds- og Omsorgsudvalgets møde den 28.08.2015, sag nr. 95. Tilsynskonceptet er vedlagt som bilag 1. Formålet med tilsynene er at bidrage til dialog og læring om udvikling af plejen og forebygge før mindre problemer udvikler sig, samt at følge op på om kvalitetsstandarder, lovgivningen og god praksis bliver efterlevet på plejecentrene og Døgnrehabiliteringen.

Tilsynet har ved besøgene fokus på, at borgerne oplever kvalitet og trivsel i dagligdagen, og at kvalitetsstandarder, lovgivning og god praksis efterleves.

Døgnrehabiliteringen har i de senere år været under udvikling og har ikke haft tilsyn. Det skal her bemærkes, at der ikke er lovkrav om at kommunen skal føre tilsyn med Døgnrehabiliteringen. Forvaltningen har fundet det naturligt at foretage tilsyn på Døgnrehabiliteringen, selvom det ikke er lovpligtigt.

Døgnrehabiliteringen har tidligere ligget på to adresser og blev samlet på én adresse på hospitalsområdet i december 2016. Efter sammenflytningen af de to tidligere enheder, er der blevet arbejdet med at skabe en fælles kultur med fokus på et endnu mere effektivt ophold for borgerne.

Det anmeldte tilsyn på Døgnrehabiliteringen bliver gennemgået til sidst i sagen.

Tilsynsrapporterne for plejecentrene og Døgnrehabiliteringen er vedlagt som bilag 3-15.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke aflagt risikobaserede tilsyn på plejecentrene og Døgnrehabiliteringen i 2017.

### Tilsynets overordnede konklusion angående plejecentrene i 2017

Tilsynet vurderer, at plejecentrene er velfungerende, og at beboere og medarbejdere oplever tilfredsstillende forhold og trives godt i hverdagen. Alle plejecentrene opnår den højeste score på "5" på alle målepunkter fraset dokumentation, hvor enkelte plejecentre har udfordringer.

Kvalitetsstandarder, lovgivningen på området samt god praksis efterleves på alle plejecentre. Tilsynsbesøgene viser overordnet kun få udviklingspotentialer, der primært omhandler dokumentation.

### Pointscore og bedømmelse

Ved hvert tilsyn afgives point. Den maksimale score er 5, som kan gives, hvis der ved tilsynet kun findes få fejl og mangler. Den samlede score er uafhængig af antallet af beboere og stikprøver, hvorfor en vis grad af sammenlignelighed med andre plejecentre er mulig. Der henvises til tilsynskonceptet for uddybning af metoden ved gennemførelsen af tilsynet samt en interviewguide vedlagt som bilag 2.

Oversigt over de samlede scorer

Målepunkter	Beboer/pårørende oplevelse	Pleje og omsorg	Tone og tilgang	Aktiviteter	Dokumentation	Rengøring og hygiejne	Medarbejderoplevelsen	Samlet score
Plejecenter	2015/ 2016/ <b>2017</b>	2015/ 2016/ <b>2017</b>	2015/ 2016/ <b>2017</b>	2015/ 2016/ <b>2017</b>	2015/ 2016/ <b>2017</b>	2015/ 2016/ <b>2017</b>	2015/ 2016/ <b>2017</b>	2015/ 2016/ <b>2017</b>
Akaciegården	5/5/5	5/5/5	5/5/5	5/5/5	5/3/4	5/5/5	5/5/5	5/4,7/4,8
Dr. Anne Marie Centret	5/5/5	5/5/5	5/5/5	5/5/5	5/5/5	5/5/5	5/5/5	5/5/5
Betaniahjemmet	4/5/5	4/5/5	5/5/5	5/5/5	3/3/3	5/5/5	5/5/5	4,4/4,7/4,7

Flintholm Plejeboliger	4/4/5	5/5/5	4/5/5	5/5/5	2/4/2*	5/5/5	5/5/5	4,2/4,7/4,6
Ingeborggården	5/5/5	4/5/5	5/5/5	5/5/5	4/5/5	5/5/5	5/5/5	4,7/5/5
Kastanjehaven	5/5/5	5/5/5	5/5/5	5/5/5	3/3/5	5/5/5	5/5/5	4,7/4,7/5
Kong Fr. IX's Hjem	5/5/5	5/5/5	5/5/5	5/5/5	3/4/3	3/4/5	5/5/5	4,4/4,8/4,7
OK-Centret Pr. Benedikte	5/5/5	5/5/5	5/5/5	5/5/5	4/3/4	5/5/5	5/5/5	4,8/4,7/4,8
OK-Huset Lotte	5/5/5	5/5/5	5/5/5	5/5/5	5/2/5	5/5/5	5/5/5	5/4,5/5
Søndervang	5/5/5	5/5/5	5/5/5	5/5/5	5/4/5	5/5/5	5/5/5	5/4,8/5
Søster Sophies Minde	5/5/5	5/5/5	5/5/5	5/5/5	4/4/4	5/5/5	5/5/5	4,8/4,8/4,8
Østervang	5/5/5	5/5/5	5/5/5	5/5/5	4/4/4	5/5/5	5/5/5	4,8/4,8/4,8
I alt / gns. af samlet score	58/59/60	58/60/60	59/60/60	60/60/60	47/44/49	58/59/60	60/60/60	4,73/4,76/4,85

\*Ved opfølgende tilsyn den 19. december 2017 opnår Flintholm Plejeboliger scoren "4".

#### Tilsynets fund og vurderinger i 2017

##### *Beboeroplevelsen*

Tilsynet har på alle plejecentre interviewet mellem to og fire beboere og haft kortere og længere samtaler med yderligere i alt 128 beboere. Generelt er beboerne tilfredse med forholdene i forhold til målepunkterne. Især værdsættes medarbejdernes tone og udvalget af aktiviteter. Ledelserne er forelagt beboernes ønsker og forslag, som er fremkommet under tilsynene, og har enten allerede handlet på dem eller de kommer til at indgå i planlægningen af kommende aktiviteter. For nærmere uddybning henvises til afsnit tre i tilsynsrapporterne, hvor tilsynets resultater bliver gennemgået.

##### *Medarbejderoplevelsen*

Tilsynet har interviewet mellem tre og 14 medarbejdere pr. plejecenter, i alt 93 medarbejdere. Medarbejderne oplever, at beboerne får og kan få den hjælp, de har behov for, at der er gode rammer for beboerne samt mulighed for faglig udvikling for medarbejderne. Særligt er peget på den gode personlige pleje, herunder mundpleje, måltidets rammer og mange aktiviteter. Forslag til forbedringer er forelagt de respektive ledelser. Der henvises til afsnit tre i tilsynsrapporterne.

##### *Pårørende*

Tilsynet har talt med enkelte pårørende på i alt tre plejecentre. De pårørende er alle generelt tilfredse med forholdene.

##### *Dokumentation*

Overordnet set er der i 2017 en høj score, hvor 9 plejecentre scorer "4" eller "5" på alle parametre, og hvor der samlet set er sket forbedringer i dokumentationen hos seks og tilbagegang hos to plejecentre, mens fire plejecentre har samme score som i 2016. Tilsynet vurderer på baggrund af resultatet og ud fra samtaler med medarbejdere på plejecentrene, at forståelsen for dokumentationsarbejdet er forbedret betydeligt, og at denne forbedring kan frigive tid til andre plej opgaver.

Tilsynet vurderer overordnet, at plejecentrene kontinuerligt arbejder for at leve op til dokumentationskravene jævnt før Styrelsen for Patientsikkerheds "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser" samt instrukser for dokumentation i den fælles journal i Frederiksberg Kommunes omsorgssystem.

Der er ved dette års tilsyn to plejecentre, der scorer lavere end ved seneste tilsyn omkring dokumentationen. Det drejer sig om Flintholm Plejeboliger, som er gået fra scoren "4" i 2016 til "2" i 2017. Ved opfølgende tilsyn den 19. december 2017 opnår Flintholm Plejeboliger scoren "4" og som med få forbedringer vil kunne løftes til scoren "5".

Kong Frederik IX's Hjem går fra scoren "4" i 2016 til "3" i 2017, som primært handler om udfordringer på en afdeling på plejecentret. Der er taget de nødvendige tiltag for at forbedre dokumentationen.

Tilsynet bemærker, at Betaniahjemmet ligger på scoren "3" ved de seneste tre tilsyn. Det er aftalt med ledelsen på Betaniahjemmet, at der gennemføres journalaudit to gange årligt med henblik på fælles læring, der skal forbedre dokumentationen. Der udarbejdes handleplaner for eventuelle fejl og mangler, der skal arbejdes med på tværs af organisationen.

Fire plejecentre ligger på samme niveau med scoren "4" og "5" som i 2016. Tre plejecentre er gået frem. Det skal særligt fremhæves, at OK-Huset Lotte er rykket fra scoren "2" til "5", Kastanjehaven, er rykket fra "3" til "5", mens OK-Centret Prinsesse Benedikte går fra "3" til "4".

De udviklingspotentialer, som tilsynet har afdækket handler om, at der ikke konsekvent følges op på ernæringsproblematikker og vejninger, ligesom der ikke konsekvent er dokumenteret opfølgning og ajourføring af alle dokumenterede observationer og iværksat pleje og behandling. Informeret samtykke er ikke altid dokumenteret.

Ledelserne på plejecentrene har fokus på dokumentation, og at skriftlig opfølgning og ajourføring sker hele døgnet, og at der kommer overskuelighed og systematik i journalføringen. Læring om dokumentation pågår løbende som sidemandoplæring eller som en fast integreret del i plejecentrenes undervisning af plejepersonale.

Dokumentation og implementering af et nyt omsorgssystem drøftes løbende som et særligt indsatsområde i den samlede ledergruppe på sundheds- og omsorgsområdet.

#### Opfølgning på overordnede udviklingspotentialer fra 2016 til 2017

I 2016 var fællesnævneren udvikling af en ensartet dokumentationspraksis og kompetenceudvikling i relation hertil og i lighed med tidligere år med fokus på systematisk egenkontrol og opfølgning. Tilsynet konstaterer i 2017, som nævnt tidligere, at der generelt er sket væsentlige positive ændringer i forståelsen af en mere ensartet dokumentationspraksis. På Betaniahjemmet, Kong Frederik IX's Hjem og Flintholm Plejeboliger er der fortsat udfordringer. Alle steder følger ledelserne op herpå.

#### *Særlige udfordringer omkring dokumentation på Flintholm Plejeboliger i 2017*

Ved det uanmeldte kommunale tilsyn den 21.09.2017 scorer Flintholm Plejeboliger "2" på dokumentationen på baggrund af tre stikprøver. Tilsynet gennemførte derfor stikprøver på yderligere fem journaler, det vil sige otte stikprøver i alt. Denne gennemgang bekræftede, at scoren "2" ikke var fremkommet ved fejl og mangler i enkelte journaler.

Tilsynet og sundheds- og omsorgschefen besluttede derfor, at der skulle gennemføres et nyt tilsyn inden udgangen af 2017. Det blev aflagt den 19. december 2017 med gennemgang af otte journaler. Tilsynet vurderer ved dette tilsyn, at Flintholm Plejeboliger har arbejdet meget målrettet med at ajourføre dokumentationen i omsorgssystemet og opnår scoren "4", der som nævnt kan løftes til scoren "5" med små forbedringer. Flintholm Plejeboliger vil få uanmeldt kommunalt tilsyn i 2018 på lige fod med de øvrige plejecentre.

#### *Særlige udfordringer om dokumentation på OK-Huset Lotte i 2016-2017*

I tilsynssagen, der blev forelagt Sundheds- og Omsorgsudvalget den 08.05.2017, sag nr. 42, blev der redegjort for udfordringer omkring arbejdet med dokumentation. OK-Huset Lotte opnåede ved det kommunale tilsyn i 2016 en score på "2" og levede ikke op til den faglige standard for god dokumentation. Tilsynet fulgte derfor op på dokumentationen i april 2017, og vurderede her, at der var god progression, men at der fortsat var udviklingspotentialer. Det blev i den forbindelse aftalt, at næste uanmeldte kommunale tilsyn skulle ligge primo september 2017. Ved tilsynet primo september 2017 scorede OK-Huset Lotte "5". Ledelsen oplyste, at planlagt undervisning i dokumentation for alt plejepersonale samt struktur og retning på faglighed, er medvirkende til en forbedret dokumentationspraksis. Ledelsen forklarer endvidere, at dokumentationen nu i langt højere grad giver mening for medarbejderne, og at der dokumenteres mindre, men mere relevant.

#### Overordnede udviklingspotentialer 2017-2018

Følgende udviklingspotentialer har ledelserne på plejecentrene selv peget på:

- Vedvarende fokus på og forbedring af dokumentation for at fastholde og optimere den gode praksis.
- Kompetenceudvikling: Foregår med afsæt i planer på de enkelte plejecentre og vedrører fx demens, ernæring, grundlæggende plejefaglige observationer fx urinvejsinfektioner, smerter mm., også med afsæt i triagering.
- Mad, måltider og ernæring: Plejecentrene arbejder løbende med konkrete indsatser, der skal sikre god mad og gode rammer om måltidet for beboerne.

Ledelsen på de enkelte plejecentre har fremsendt et oplæg med specifikke handlinger og aktiviteter, der skal understøtte arbejdet med de udviklingspotentialer, som tilsynet har afdækket. Herefter er det mellem tilsynet og det enkelte plejecenter aftalt, hvilke handlinger og aktiviteter plejecentret særligt skal have fokus på i det kommende år. Disse fremgår af tilsynsrapporterne for de enkelte plejecentre. Rapporterne er vedlagt som bilag 3 - 14.

Tilsynsrapporterne danner grundlag for opfølgning på plejecentrene, og sundheds- og omsorgschefen drøfter rapporten og de udviklingstiltag, der er besluttet, ved de kontinuerlige møder med forstanderen på de enkelte plejecentre. De årlige tilsyn bliver drøftet i forstanderkredsen med henblik på at sikre læring på tværs. Her sættes der tillige fokus på de faglige udfordringer, der eventuelt skal håndteres med støtte fra forvaltningen.

Anmeldt tilsyn på Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering

Der er aflagt anmeldt kommunalt tilsyn på Frederiksberg Kommune Døgnrehabilitering den 5. og 6. december 2017. Da der ikke er lovkrav om tilsyn på Døgnrehabiliteringen, har forvaltningen fundet det hensigtsmæssigt med et anmeldt tilsyn for at give mulighed for størst mulig faglig sparring og læring både forud for og ved gennemførelse af tilsynet.

Tilsynet er gennemført med udgangspunkt i konceptet for tilsyn på plejecentrene og tilhørende interviewguide, men med fokusgruppintervju af medarbejdere og uden pointgivning. Tilsynsrapporten er vedlagt som bilag 15.

Tilsynet interviewer tre borgere, hvis dokumentation er gennemgået og foretager korte og længere samtaler med otte andre borgere, som er tilfældigt udvalgt i forbindelse med tilsynets rundgang på Døgnrehabiliteringen. Tilsynet taler med seks medarbejdere, som har forskellig sundhedsfaglig uddannelse og ikke har ledelsesbeføjelser.

### *Borgeroplevelsen*

Tilsynet konstaterer, at borgerne giver udtryk for tilfredshed med deres ophold. Det vedrører pleje, hjælp og støtte, ernæring, tone og medarbejdernes kompetencer, holdtræning og individuel træning samt medinddragelse.

### *Medarbejderoplevelsen*

Medarbejderne giver udtryk for tilfredshed med forholdene for borgerne og medarbejderne, og at de har et godt samarbejde.

Tilsynet vurderer, at Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering lever op til Kvalitetsstandarden for "Genoptræning, vedligeholdende træning og døgnrehabilitering" 2017 og Frederiksberg Kommunes Ældrepolitik - Ældre kan og vil selv.

### *Dokumentation*

Dokumentationen er generelt ajourført og lever op til Styrelsen for Patientsikkerheds "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser". Enkelte steder dokumenteres ikke tilstrækkelig overskueligt og systematisk. Dokumentationen følger ikke stringent de vejledninger og aftaler, der er i Frederiksberg Kommune om dokumentation. Da Døgnrehabiliteringens dokumentationspraksis giver mening for medarbejderne, finder tilsynet det aktuelt ikke hensigtsmæssigt at anbefale at ændre på eksisterende arbejdsgange, idet der implementeres et nyt omsorgssystem med dertil hørende nye vejledninger i foråret 2018.

### Overordnede udviklingspotentialer 2017-2018

Ledelsen på Døgnrehabiliteringen har peget på følgende udviklingspotentialer:

- Bedre og mere ensartet dokumentation.
- Fortsat fokus på borgertilfredshed samt kommunikation.

### Tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed

Styrelsen for Patientsikkerhed er fra 1. januar 2017 overgået fra frekvensbaserede tilsyn med behandlingssteder til at arbejde med risikobaseret tilsyn. Det betyder, at temaer og typer af behandlingssteder er valgt ud fra, hvor der er størst risiko for patienterne. Styrelsen for Patientsikkerhed har valgt ikke at aflægge tilsyn på plejecentre og Døgnrehabiliteringen i Frederiksberg Kommune i 2017.

Tilsyn foretaget af Styrelsen for Patientsikkerhed bliver fremlagt i de årlige tilsynssager, der bliver forelagt for Ældre- og Omsorgsudvalget.

Formålet med tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed er at medvirke til at forbedre den sundhedsmæssige indsats over for borgere på plejecentrene og Døgnrehabiliteringen mv. Styrelsen vurderer den sundhedsmæssige indsats ved at se på instrukser samt sygeplejefaglig dokumentation og medicin håndteringen hos tilfældigt udvalgte beboere og borgere med komplekse plejebestanden. Tilsynet fra Styrelsen for Patientsikkerhed har dermed et mere sundhedsfagligt fokus end det kommunale tilsyn.

## **Økonomi**

Sagen har ingen afledte økonomiske konsekvenser.

## **Borgmesterpåtegning**

Ingen.

## **Behandling**

Ældre- og Omsorgsudvalget den 19. februar 2018.

## **Bilag**

Bilag 1. Nyt tilsynskoncept 2015 Plejeboligområdet

Bilag 2. Interviewguide 2017 Plejecenter

Bilag 3. Tilsynsrapport 2017 Akaciegården

Bilag 4. Tilsynsrapport 2017 Betaniahjemmet

Bilag 5. Tilsynsrapport 2017 Dronning Anne-Marie Centret

Bilag 6. Tilsynsrapport 2017 Flintholm Plejeboliger

Bilag 7. Tilsynsrapport 2017 Ingeborggården

Bilag 8. Tilsynsrapport 2017 Kastanjehaven

Bilag 9. Tilsynsrapport 2017 Kong Frederik IXs Hjem

Bilag 10. Tilsynsrapport 2017 OK-Centret Prinsesse Benedikte

Bilag 11. Tilsynsrapport 2017 OK-Huset Lotte

Bilag 12. Tilsynsrapport 2017 Søndervang

Bilag 13. Tilsynsrapport 2017 Søster Sophies Minde

Bilag 14. Tilsynsrapport 2017 Østervang

Bilag 15. Tilsynsrapport 2017 Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering

# Punkt 21: Revision af kvalitetsstandarder på ældreområdet 2018

27.00.00-P23-1-18

## Resume

Kvalitetsstandarderne beskriver Frederiksberg Kommunes serviceniveau på ældreområdet og fortæller om de muligheder, der findes, når funktionstab gør det svært at klare dagligdagen. Kvalitetsstandarderne revideres én gang årligt og fremlægges til politisk godkendelse. I sagen gennemgås forslag til tilpasninger i kvalitetsstandarderne 2018.

## Beslutning

Ældre- og Omsorgsudvalget godkendte de reviderede kvalitetsstandarder med de foreslåede ændringer i 2018 som grundlag for høring i Ældrerådet og Handicaprådet.

## Indstilling

Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedsområdet indstiller, at de reviderede kvalitetsstandarder med de foreslåede ændringer i 2018 godkendes som grundlag for høring i Ældrerådet og Handicaprådet.

## Sagsfremstilling

Kvalitetsstandarderne beskriver Frederiksberg Kommunes serviceniveau på ældreområdet og fortæller om de muligheder, der findes, når funktionstab gør det svært at klare dagligdagen. I tillæg til dette, fungerer kvalitetsstandarderne i Frederiksberg Kommune som en guide til borgerne og deres pårørende i, hvordan de bedst kan ændre deres situation i den retning, de gerne vil.

Kvalitetsstandarderne revideres én gang årligt og fremlægges til politisk godkendelse. Kvalitetsstandarderne bliver tilrettet, hvis ny lovgivning kræver det. Ligeledes kan der ske ændringer som følge af nye mål og prioriteringer i kommunen.

I 2015 blev kvalitetsstandarderne gennemgribende revideret (sag nr. 62, den 08.06.2015). Revisionen blev dels gennemført for at skabe et mere læsevenligt og overskueligt dokument, og dels for at standarderne i højere grad skulle afspejle Frederiksberg Kommunes fokus på rehabilitering. Revisionen medførte, at standarderne blev samlet i ét dokument. Dokumentet er bygget op efter borgernes behov, snarere end de ydelser, der gives. Dette er gjort ud fra en logik om, at man først tænker over, hvilke udfordringer, man behøver hjælp til, snarere end hvilken hjælp, man har behov for. På denne måde kan man desuden bedre præsentere borgere for andre løsninger, end de måske lige havde forestillet sig. Ved denne tilgang giver det desuden mening at inddrage civilsamfundet, da civilsamfundet kan tilbyde aktiviteter, der kun vanskeligt kan skabes i rent kommunalt regi. Derfor er civilsamfundsbaseede tilbud medtaget i kvalitetsstandarderne. Formatet er uændret i forhold til 2017-udgaven, da det er vurderingen, bl.a. baseret på høringssvar fra Ældrerådet og Handicaprådet, at det nye, samlede format er en klar forbedring og fungerer godt. Udkast til kvalitetsstandarder på ældreområdet 2018 er vedlagt som bilag 1. Det skal bemærkes, at bilaget er et udkast, der endnu ikke er sat endeligt op i en grafisk udgave med billeder.

Kvalitetsstandarderne er blevet gennemgået med henblik på at foretage opdateringer i de enkelte afsnit, så teksten fremstår aktuel og relevant. Nedenfor gennemgås forslag til tilpasninger, der ikke er rent redaktionelle.

Kvalitetsstandarderne bliver gjort tilgængelige på kommunens hjemmeside, når de er færdigbehandlede.

### Forslag til tilpasninger i kvalitetsstandarderne 2018

#### Vederlagsfri fysioterapi

I de nuværende kvalitetsstandarder er der et afsnit om "Genoptræning, vedligeholdende træning og Døgnrehabiliteringen". Som noget nyt er der medtaget et kort afsnit om vederlagsfri fysioterapi for at give borgerne information om denne mulighed. Formålet med vederlagsfri fysioterapi er at forbedre funktioner, vedligeholde funktioner eller udskyde forringelse af funktioner. Ordningen om vederlagsfri fysioterapi er i udgangspunktet målrettet personer med svært fysisk handicap. Teksten kan læses i bilag 1.

#### Ny lokal sygeplejeklinik på Betaniahjemmet

I budget 2017 blev det besluttet at etablere en lokal sygeplejeklinik. Frederiksberg har i forvejen tre sygeplejeklinikker beliggende på Sundhedscentret. Når borgeren henvises til sygepleje, vil den henvisende læge eller kommunens sygeplejersker vurdere om, sygeplejen skal modtages i en klinik eller i borgerens eget hjem. Vurderingen vil altid tage udgangspunkt i borgerens helbredssituation, mobilitet og mestring af dagligdagen. Fordelen er, at borgeren får behandling på et aftalt tidspunkt og derfor ikke behøver bruge tid på at vente på sygeplejersken derhjemme.

Den nye klinik varetager de samme sygeplejeopgaver, som borgeren kan modtage i eget hjem, og er primært for de borgere, som bor i distriktet tæt på Betaniahjemmet.

Der er indsat et nyt afsnit med en kort beskrivelse af den nye sygeplejeklinik under afsnittet om "Sygepleje, medicinhåndtering og omsorgstandpleje". Der henvises til bilag 1.

Nyt afsnit om afløsning og aflastning til pårørende, som bor sammen med og passer en meget plejekrævende borger  
Ifølge § 84 i Serviceloven skal Kommunalbestyrelsen tilbyde afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Kommunen kan endvidere tilbyde midlertidigt ophold til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje. I kvalitetsstandarderne 2017 beskrives udelukkende, at det er muligt at få bevilget afløsning og aflastning, ikke noget nærmere om i hvilke situationer og på hvilken måde. For at gøre det tydeligt for borgerne, hvad de kan forvente, hvor meget, og hvor ofte er der tilføjet et nyt afsnit i kvalitetsstandarderne om afløsning og aflastning. Afsnittet er placeret under afsnittet om "Støtte og hjælp i hverdagen" og teksten er følgende:

*"Afløsning tilbydes til pårørende, som bor sammen med og passer en meget plejekrævende borger. Afløsning tilbydes i form af:*

- *Mulighed for at komme på et aktivitetscenter, hvor borgeren kan komme flere dage ugentligt.*
- *Afløsning i hjemmet op til 4 timer ugentligt i dag- og aften timerne, hvis borger ikke kan lades alene hjemme uden betydelig risiko.*
- *Afløsning i form af hjælp til praktiske opgaver, som rengøring, tøjvask og indkøb efter en konkret vurdering.*

*Aflastningsophold kan tilbydes i en nærmere aftalt periode på Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering for at aflaste den pårørende, som bor sammen med og passer en meget plejekrævende borger".*

#### Ny tekst til beskrivelse af serviceniveauet for rengøring

Den eksisterende beskrivelse af serviceniveauet for rengøring er meget overordnet, og det kan være uklart for borgerne, hvad de kan forvente når de er visiteret til hjælp til rengøring. De forespørgsler, der kommer fra borgerne relaterer sig i langt overvejende grad til de praktiske opgaver i hjemmet, det vil sige rengøring. På den baggrund anbefaler Visitationen, at kvalitetsstandarderne på dette område bliver tydeligere end i dag. Spørgsmålene fra borgerne handler typisk om hvilke opgaver, der indgår i rengøring og hvor hyppigt opgaverne bliver udført. For at præcisere serviceniveauet for rengøring samt sikre at borgere og medarbejdere taler ud fra samme præmis og kan kommunikere ligeværdigt, foreslås en ny tekst. I skemaet vises henholdsvis den nuværende tekst om rengøring og forslag til ny tekst i kvalitetsstandarderne 2018.

#### **Rengøring – beskrivelse i kvalitetsstanderne 2017**

Hjælpen gives til, hvad der svarer til en almindelig 65 m<sup>2</sup> toværelses bolig. Rengøringen kan bl.a.

omfatte:

- Stue
- Soveværelse
- Køkken
- Badeværelse
- Skift af sengetøj

I udgangspunktet kan du få hjælp til at gøre rent hver 14. dag, men det er ikke nødvendigvis alle rengøringsopgaver, der udføres hver gang. Støvsugning af møbler, rengøring af køleskab eller bruseniche udføres kun lejlighedsvis.

Der vil blive foretaget en individuel vurdering af, om der skal bevilges hyppigere hjælp, hvis særlige forhold gør det nødvendigt eller sjældnere, hvis det skønnes, at behovet for hjælp er mindre udtalt.

#### **Rengøring – forslag til tekst i kvalitetsstandarderne 2018**

Hjælpen gives til, hvad der svarer til en almindelig 65 m<sup>2</sup> toværelses bolig og omfatter rengøring i entré, én opholdsstue, ét soveværelse, køkken og ét badeværelse.

I udgangspunktet kan du få hjælp til at gøre rent hver 2. uge, men det er ikke alle rengøringsopgaver, der udføres hver gang. Nedenfor kan du se hvilke rengøringsopgaver der udføres henholdsvis hver 2. uge, hver 4. uge og lejlighedsvis.

#### Rengøringsopgaver, som udføres hver 2. uge:

- Rengøring af toilet, håndvask og køkkenbord
- Støvaftørring og støvsugning
- Skift af sengetøj
- Gulvvask i køkken og bad
- Fjerne affald til affaldssortering

#### Rengøringsopgaver, som udføres hver 4. uge:

- Gulvvask i entre, stue og soveværelse

#### Rengøringsopgaver, som kun udføres lejlighedsvis og som bytteyder:

- Støvsugning af møbler
- Rengøring af køleskab
- Rengøring af bruseniche/badekar
- Rengøring og afstøvning af paneler og karme

For nærmere information om bytteydelse se side xx.

I særlige tilfælde kan du få visiteret ekstra hjælp til rengøring. Det gælder f.eks. hvis sygdom, dine daglige gøremål i hjemmet eller brug af hjælpemidler medfører at dit hjem tilsmudses mere end almindeligt, og dermed kræver mere rengøring end beskrevet ovenfor.

#### Klippekortsordning til borgere, der bor i plejebolig

I finansloven 2017 blev det besluttet at styrke livskvaliteten og selvbestemmelsen for ældre, der bor på plejecentre ved at indføre en klippekortsordning, som skal give de ældre mulighed for at få ekstra hjælp eller støtte til en aktivitet, de selv vælger. Der er indsat et nyt afsnit om klippekortsordningen under afsnittet om "Plejeboliger" med denne tekst:

*"Som beboer på et plejecenter har du et såkaldt klippekort, der giver mulighed for en halv times ekstra hjælp om ugen helt efter egne ønsker og interesser. Du bestemmer, hvad den ekstra tid skal bruges til og hvornår.*

*Du skal selv dække udgifter til for eksempel transport, entré, forplejning og andet i forbindelse med aktiviteten.*

*Du kan som udgangspunkt spare klip op eller bruge klip svarende til tre måneder, medmindre andet er aftalt med plejecentret. Opsparede klip kan ikke overføres mellem kalenderår.*

*Du kan modtage ekstra hjælp fra medarbejderne på det plejecenter du bor på. Klippekortet kan for eksempel anvendes til: Gåture, shoppeture, cykelture, ture i svømmehallen, deltagelse i familiearrangementer, teaterture eller anden underholdning, højtlesning af aviser, bøger og blade, hovedrengøring eller velvære aktiviteter. Den ekstra aktivitet skal du planlægge sammen med medarbejderne på plejecentret".*

### **Økonomi**

Sagen har ingen økonomiske konsekvenser.

### **Borgmesterpåtegning**

Ingen.

### **Behandling**

Ældre- og Omsorgsudvalget den 19. februar 2018.

### **Bilag**

Bilag 1 - Kvalitetsstandarder 2018 udgave til politisk behandling den 19/02/18

# **Punkt 22: Sundhedsstyrelsens pulje "Videreudvikling og styrkelse af indsatser i kommunerne med særligt fokus på ældre medicinske patienter og udsatte grupper"**

29.09.00-Ø34-1-18

## **Resume**

Frederiksberg Kommune har fået tilsagn om tilskud af midler fra Sundhedsstyrelsens pulje "Videreudvikling og styrkelse af indsatser i kommunerne med særligt fokus på ældre medicinske patienter og udsatte grupper" til tre projekter. Det indstilles, at udvalget igangsætter de tre projekter og afsætter bevillinger dertil.

## **Beslutning**

Ældre- og Omsorgsudvalget indstiller

1. at projektdeltagelse i "Projekt Peer-mentor i rehabiliteringsindsatsen" godkendes og på den baggrund gives henholdsvis en indtægts- og udgiftsbevilling på henholdsvis 443,1 t.kr. i 2018., 447,3 t.kr. i 2019 og 507,3 t.kr. i 2020.
2. at projektdeltagelse i "Tværfaglig styrkelse af den sundhedsfaglige indsats overfor socialt udsatte beboere med fysiske, psykiske, sociale handicaps samt misbrugsproblemer på Græsplænen" godkendes og at der på den baggrund gives henholdsvis en indtægts- og udgiftsbevilling på 228 t.kr. i 2018.
3. at projektdeltagelse i "Aktiv hverdag med demens" godkendes og på den baggrund gives henholdsvis en indtægts- og udgiftsbevilling på 585,7 t.kr. i 2018, til anvendelse inden den 31. december 2020.

## **Indstilling**

Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedsområdet indstiller,

1. at projektdeltagelse i "Projekt Peer-mentor i rehabiliteringsindsatsen" godkendes og på den baggrund gives henholdsvis en indtægts- og udgiftsbevilling på henholdsvis 443,1 t.kr. i 2018., 447,3 t.kr. i 2019 og 507,3 t.kr. i 2020.
2. at projektdeltagelse i "Tværfaglig styrkelse af den sundhedsfaglige indsats overfor socialt udsatte beboere med fysiske, psykiske, sociale handicaps samt misbrugsproblemer på Græsplænen" godkendes og at der på den baggrund gives henholdsvis en indtægts- og udgiftsbevilling på 228 t.kr. i 2018.
3. at projektdeltagelse i "Aktiv hverdag med demens" godkendes og på den baggrund gives henholdsvis en indtægts- og udgiftsbevilling på 585,7 t.kr. i 2018, til anvendelse inden den 31. december 2020.

## **Sagsfremstilling**

Frederiksberg Kommunes plan "Borgerens lokale sundhedsvæsen" fastsætter rammer for nuværende og fremtidige udviklingsbehov af det lokale sundhedsvæsen. Målgrupperne for denne plan er bl.a. svækkede ældre med flere komplekse sygdomme (herunder demens og kræft), borgere med kronisk sygdom (herunder diabetes) samt borgere med psykiske sygdomme (herunder socialt udsatte).

Regeringen og samarbejdspartierne afsatte i "Aftale om finansloven for 2015" 200 mio. kr. i 2017/2018 i en pulje i Sundhedsstyrelsen med det formål at styrke den kommunale forebyggelsesindsats med særligt fokus på ældre medicinske patienter og udsatte grupper. På den baggrund kunne kommunerne ansøge om midler til projekter rettet mod den ældre medicinske patient, patienter med kroniske sygdomme samt mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug. Disse målgrupper stemmer overens med målgrupperne i "Borgerens lokale sundhedsvæsen". Derfor har Frederiksberg Kommune ansøgt om puljemidler til tre projekter. Det har ikke tidsmæssigt været muligt at få politisk tilsagn om at søge puljen, idet der var en ekstraordinær kort ansøgningsdeadline. De tre projekter er:

1. Projekt Peer-mentor i rehabiliteringsindsatsen
2. Tværfaglig styrkelse af den sundhedsfaglige indsats overfor socialt udsatte beboere med fysiske, psykiske, sociale handicaps samt misbrugsproblemer på "Græsplænen"
3. Aktiv demens i hverdagen

Ad 1) Projekt Peer-mentor i rehabiliteringsindsatsen

I brev af 29. december 2017 modtog kommunen tilsagn på 1.398 t.kr. til "Projekt Peer-mentor i rehabiliteringsindsatsen" jf. 1. Midlerne skal anvendes i 2018, 2019 og 2020 jf. projektbeskrivelsen bilag 1. Projektet indeholder en række forebyggende indsatser rettet mod borgere med anden etnisk baggrund end dansk, som lider af diabetes type 2, kræft eller svær overvægt (BMI>30).

Videnskabelige undersøgelser viser, at minoritetsetniske borgere fra ikke-vestlige lande i højere grad end etnisk danskere, har et dårligt selvvurderet helbred samt en større forekomst af kroniske sygdomme og overvægt. På trods af ovenstående er erfaringen af disse borgere ikke har kendskab til eller benytter sig af kommunale sundhedstilbud. Kommunen ønsker i regi af Sundhedscenteret at forbedre og dybdeimplementere projekt fra 2017 finansieret af interne puljemidler som viste, at minoritetsetniske borgere har en anden sundheds- og sygdomsopfattelse end etnisk danskere samt, at en peer-mentor,

som taler minoritetsborgerenes sprog og forstår deres kultur, kan bygge bro mellem sundhedsvæsenet og minoritetsgruppen. Derudover er erfaringen fra projektet, at netværksskabende aktiviteter danner et godt læringsrum for forebyggelsesindsatser.

#### Ad 2) Tværfaglig styrkelse af den sundhedsfaglige indsats i botilbuddet "Græsplænen"

I brev af 29. december 2017 modtog kommunen tilsagn på 228 t.kr. til projektet. Midlerne skal anvendes i 2017 samt 2018 jf. projektbeskrivelsen bilag 2. Projektet indeholder en række aktiviteter rettet mod botilbuddet "Græsplænen" medarbejdere og beboere.

"Græsplænen" er bostedlignende til socialt udsatte borgere med fysiske, psykiske og sociale handicaps med 28 beboere i alderen 29 til 93 år. De fleste borgere har udover psykiatriske diagnoser et misbrug af medicin, alkohol samt narkotiske stoffer. Som følge af misbruget har flere borgere fysiske diagnoser i form af forhøjet blodtryk, blodprop i hjernen, diabetes samt spiseforstyrrelser og problemet med at spise, drikke og synke. Derudover huser "Græsplænen" en gruppe borgere med sklerose, der misbruger rusmidler.

Dr. Anne-Marie Centeret, der huser botilbuddet, planlægger at gennemføre blandt andet følgende aktiviteter overfor "Græsplænen" medarbejdere og beboere:

- Psykologisk supervision og refleksion i forhold til medarbejdere med henblik på at klæde medarbejdere på til den svære samtale med beboeren samt at styrke arbejdsmiljøet på "Græsplænen"
- Opfølgning på undervisning og vidensdeling med Frederiksberg Kommunes Sundhedscenter samt Rådgivningscentret for Rusmidler (FKRC), der adresserer emner som rusmidler som et problem, hvad er afhængighed, hvordan håndteres abstinenser samt den motiverende samtale
- Samarbejde og vidensdeling med andre botilbud rettet mod borgere med alkoholafhængighed (E-Huset og Bryggergården).

#### Ad 3) Aktiv hverdag med demens

I brev af 29. december 2017 modtog kommunen tilsagn på 586 t.kr. til projektet. Midlerne skal anvendes i 2017-2020 jf. projektbeskrivelsen bilag 3. Projektet indeholder et målrettet trænings- og rehabiliteringstilbud til borgere med en demenssygdom tidligt i sygdomsforløbet på lige fod med andre kroniske patientgrupper.

Ved demenssygdomme påvirkes kognitive funktioner. Det gælder hukommelsen, evnen til at koncentrere sig, planlægge og tage initiativ. Den fysiske funktion og evnen til at multitaske (udføre en fysisk og kognitiv opgave samtidigt) forringes, hvilket har betydning for mange dagligdags aktiviteter, herunder eksempelvis påklædning, madlavning og færden i trafikken. Derudover kan der opstå psykiske symptomer som irritabilitet, depression, uro og rastløshed. Samlet set øger de kognitive og fysiske udfordringer risikoen for fald, hospitalsindlæggelse og plejehjemsanbringelse.

Ambulant Genoptræning og Rehabilitering, der er en del af kommunens Sundhedscenter, planlægger blandt andet at gennemføre følgende aktiviteter i forbindelse med projektet:

- Udarbejde materiale til borgere med demens og deres pårørende
- Facilitere kompetenceudvikling af fagpersoner (fysio- og ergoterapeuter og demenskoordinator) ved konsulentbistand fra Nationalt Videnscenter fra demens
- Udarbejde plan for opsporing af borgere ved demenskoordinatorer, hukommelsesklinikker og læger
- Gennemførelse af rehabiliteringsindsats med effektmåling, herunder gennemførelse af 4 trænings- eller rehabiliteringshold af 16 ugers varighed, 2 gange ugentlig

Status på projekterne vil indgå i de kommende udgaver af "plan for borgerens lokale sundhedsvæsen".

## Økonomi

Sundhedsstyrelsen har givet tilsagn på i alt 2.211,4 t.kr. i 2018-2020.

Projektet "Peer-mentor i rehabiliteringsindsatsen" har fået tilsagn på 1.397,7 t.kr. i perioden 2018-2020, henholdsvis 443,1 t.kr. i 2018., 447,3 t.kr. i 2019 og 507,3 t.kr. i 2020. Derudover er der en egenfinansiering på 50 t.kr. årlig til projektledelse, svarende til 50.000 kr. i projektperioden, som finansieres inden for egen ramme.

Projektet "Tværfaglig styrkelse af den sundhedsfaglige indsats overfor socialt udsatte beboere med fysiske, psykiske, sociale handicaps samt misbrugsproblemer på Græsplænen" har fået tilsagn på 228 t.kr. fra Sundhedsstyrelsen i 2018.

Projektet "Aktiv hverdag med demens" har fået tilsagn på 585,7 t.kr. fra Sundhedsstyrelsen i 2018. Midlerne skal være anvendt inden den 31. december 2020.

## Borgmesterpåtegning

Intet at bemærke.

## Behandling

Ældre- og Omsorgsudvalget den 19. februar 2018, Magistraten den 5. marts 2018 og Kommunalbestyrelsen den 19. marts 2018.

## Bilag

Bilag 1 Ansøgning Peer-mentor i rehabiliteringsindsatsen

Bilag 2 Ansøgning Græsplænen

Bilag 3 Ansøgning Aktiv hverdag med demens

Bilag 4 Ansøgning Borgere med kronisk sygdom

Bilag 5 - Acceptskrivelse Peer-mentor i rehabiliteringsindsatsen

Bilag 6 - Acceptskrivelse Græsplænen

Bilag 7 - Acceptskrivelse Aktiv hverdag med demens

Bilag 8 - Bevillingsskema Sundhedsstyrelsens pulje vedr DÆMP og udsatte grupper

# Punkt 23: Procesplan for udvikling af ny Ældre- og Værdighedspolitik 2019-2022

27.00.00-P22-2-18

## Resume

Frederiksberg Kommune skal vedtage en ny Ældre- og Værdighedspolitik i 2018. I sagen præsenteres erfaringerne med den nuværende politik samt forslag til proces for udviklingen af ny politik.

## Beslutning

Ældre- og Omsorgsudvalget godkendte tids- og procesplanen.

## Indstilling

Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedsområdet indstiller, at Ældre- og Omsorgsudvalget godkender tids- og procesplanen.

## Sagsfremstilling

Frederiksberg Kommune vedtog i 2013 en Ældrepolitik (KB 27.5.2013 pkt. 116). Politiken blev i 2016 suppleret med en Værdighedspolitik og forlænget til 2018.

Den nuværende politik er rettet mod gruppen af borgere, der er på vej til, eller som er blevet ældre og med risiko for funktionstab. Værdighedspolitikken er rettet mod de svageste borgere.

Forvaltningen har foretaget en erfaringsopsamling i forhold til den nuværende politik. I den forbindelse er der afviklet (fokusgruppe)interview med chef, ledere og tillidsvalgte medarbejdere i Sundheds- og Omsorgsafdelingen samt Ældrerådet. Erfaringsopsamlingen peger på følgende:

- Det fremgår af interviewene, at der generelt er et godt kendskab til ældrepolitikken, hvorimod værdighedspolitikken indtager en mindre rolle. Det hænger formentlig sammen med den måde, de to politikker er udviklet på. Da værdighedspolitikken betragtes som en konkretisering og uddybning af ældrepolitikken, har det næppe haft betydning i forhold til implementeringen af indsatsen overfor de svageste borgere.
- Der er bred enighed om, at ældrepolitikken har været anvendelig. Ældrerådet betegner den som et centralt dokument og et godt dialogredskab i samarbejdet med kommunen. Rådet finder det positivt, at politiken er overordnet, så de enkelte institutioner kan indarbejde værdierne på den måde, som giver mening i deres dagligdag. Men der efterspørges også, at politikken afspejles endnu mere tydeligt i kvalitetsstandarderne og i den udmøntede service.
- Ældrerådet anvender politikken, når de skal vurdere den kommunale indsats på ældreområdet, og finder, at der generelt er god overensstemmelse mellem politikkerne og de kommunale indsatser.
- Ledere og medarbejdere oplever, at ældrepolitikken har sat sig tydelige spor i den måde, arbejdet i dag udføres på. Bl.a. hviler den rehabiliterende tilgang til borgeren på politiken. Politiken fungerer som en fælles ramme, som alle medarbejdere tager afsæt i, og som anvendes som 'bagtæppe' for beslutninger; både strategisk og i dagligdagens opgavevaretagelse.

## Udviklingen 2013-2018

Den nuværende Ældrepolitik afspejler den tid, den blev udarbejdet i. Siden 2013 er der sket en udvikling på ældreområdet, som den nye politik skal gribe.

- Rehabilitering er blevet integreret bredt i organisationen. Flere borgere er blevet selvhjulpne, og der er dermed færre, der modtager hjælp. De borgere, som modtager hjælp har mere omfattende og komplekse problemstillinger. Flere borgere dør i eget hjem
- Opgaveglidning mellem Region og kommuner og udviklingen i det nære sundhedsvæsen stiller nye krav til kommunerne og forudsætter et stærkt tværsektorielt samarbejde samt sammenhængende og koordinerede forløb i det lokale sundhedsvæsen
- Borgernes ønsker og inddragelse i planlægning m.v. er styrket
- Både nationalt og i Kommunalbestyrelsen er der stor fokus på de svageste borgere
- Livskvalitet (ikke kun praktisk bistand og pleje) er i fokus: Bl.a. aktiviteter, måltidet og det medmenneskelige møde på tværs af alder. Styrket inddragelse af lokalsamfund og den frivillige sektor

## Ny Ældre- og Værdighedspolitik 2019-2022

Ældrerådet finder, det fortsat er vigtigt at have fokus på de grupper, der er på vej til at blive ældre, med henblik på at forebygge funktionstab. Samtidig efterlyser Rådet større opmærksomhed på mellemgruppen; f.eks. borgere der har behov for rehabilitering efter en hofteoperation og kronikere. Der er også en gruppe, som er i risiko for at blive ensomme, hvorfor der skal lægges vægt på den mentale sundhed.

De pårørende indtager en central plads og udgør en særlig målgruppe, som skal indgå i den nye politik. Også de frivillige som en ressource i de ældres liv skal medtages i politiken, og der efterlyses en diskussion af hvad, der er en kommunal opgave, og hvilke opgaver, der med fordel kan varetages af frivillige og civilsamfund.

Ledere og medarbejdere på området vurderer, at målgrupperne i den nuværende politik – suppleret med værdighedspolitikken - er hensigtsmæssige i forhold til deres arbejde. De efterlyser dog mere fokus på rammerne for deres arbejde, hvor de nævner betydningen af kompetenceudvikling og nedbrydning af 'siloer' på tværs af organisationen. Input og viden fra erfaringsopsamlingen vil indgå i den videre proces.

## Tids- og procesplan for udvikling af ny Ældre- og Værdighedspolitik

Deltagerne i erfaringsopsamlingen påpeger, at politikudvikling og implementering går hånd i hånd, hvorfor der i politikudviklingen bør lægges vægt på inddragelse af medarbejderne. Derudover bør de centrale interessenter inddrages og spille en aktiv rolle. (Ældrerådet samt Ældresagen, foreninger, Plejehjemmenes pårørenderåd m.fl.).

Det anføres, at procesplanen bør tage udgangspunkt i den store tilfredshed, der er med den nuværende politik og dens visions- og værdibaserede tilgang.

### *Tidsplan*

Marts-april	Dialogmøder med interessenter på området: Ældreråd, Plejehjemmenes pårørenderåd, foreninger m.fl.
April	Workshop om ny Ældre- og Værdighedspolitik i Frederiksberg Kommune. Bred deltagelse med repræsentanter for civilsamfund, råd og kommunale aktører
juni	1. udkast behandles i Ældre- og Omsorgsudvalget
juli-august	Høring i råd og relaterede udvalg
september	2. udkast behandles i Ældre- og Omsorgsudvalget
Oktober-december	Ny Ældre- og Værdighedspolitik behandles i Magistrat og Kommunalbestyrelse

## **Økonomi**

Ingen bevillingsmæssige konsekvenser.

## **Borgmesterpåtegning**

Ingen.

## **Behandling**

Ældre- og Omsorgsudvalget den 19. februar 2018.

## **Bilag**

Bilag 1 - Ældrepolitik\_2013-2016

Bilag 2 - Statuspåimplementeringafældre-ogværdighedspolitikker2017