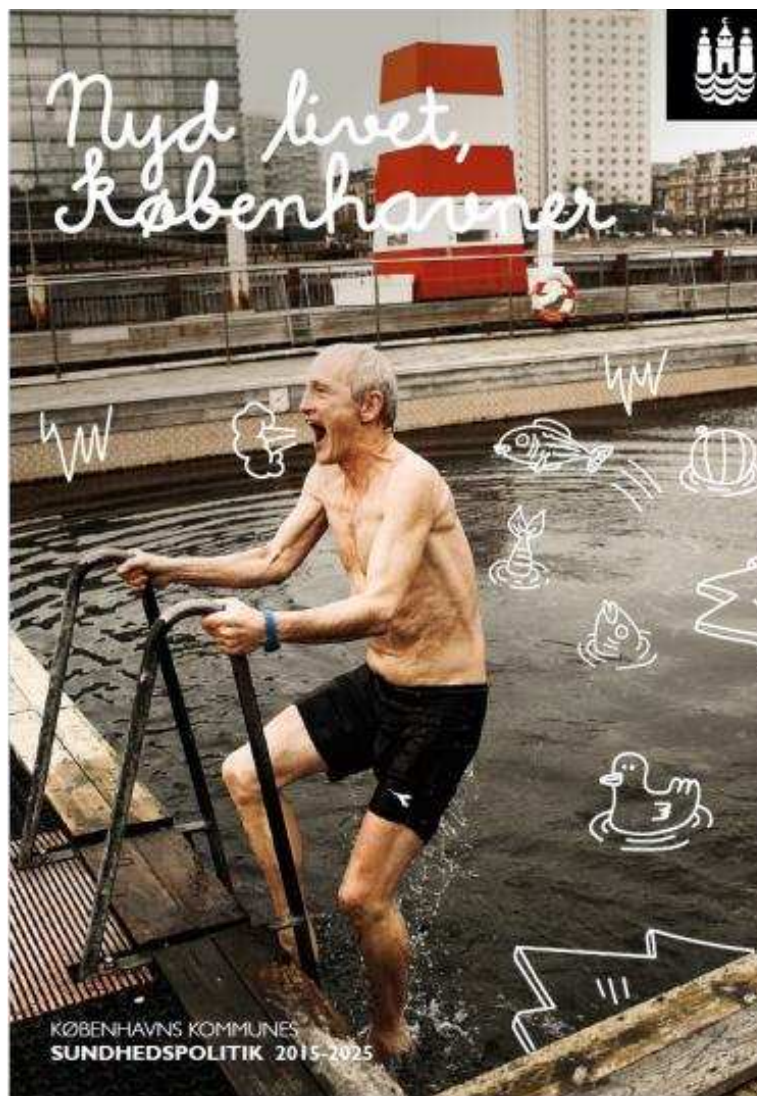
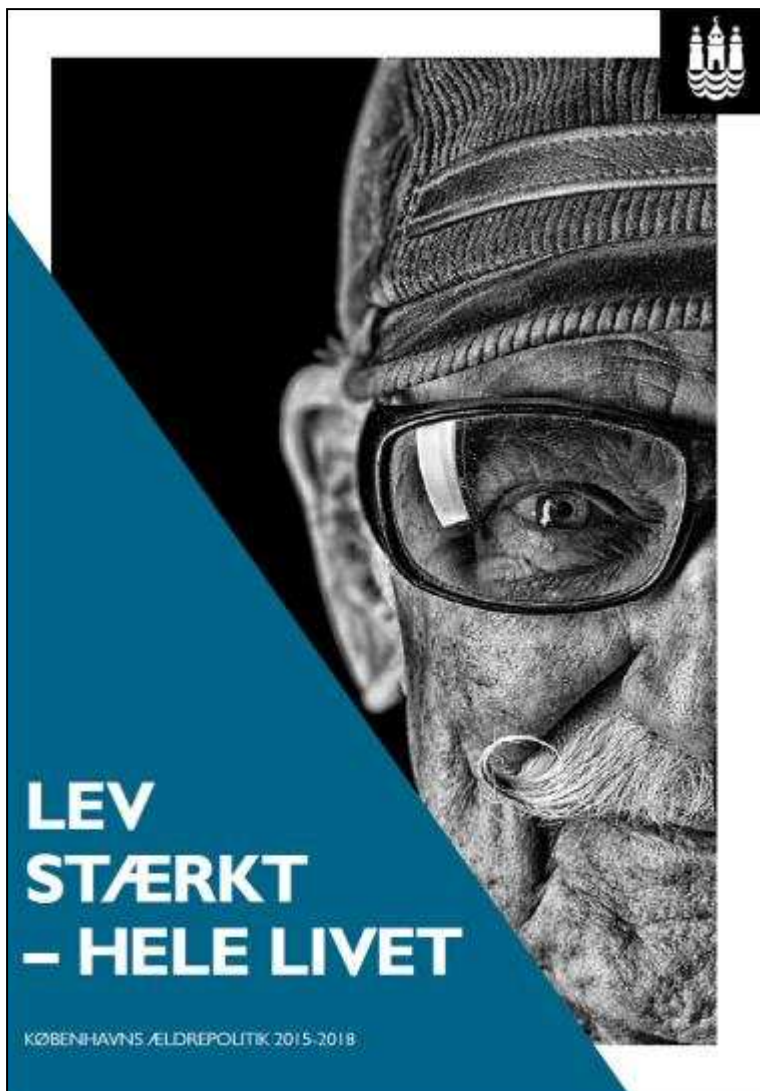


Halvårsrapport for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

I. halvår 2017



Indholdsfortegnelse

INDLEDNING	3
I. FRIHED TIL AT LEVE LIVET	6
1.1 ANDEL BORGERE MED UDREDNING & REHABILITERING	7
1.2 POSITIVT UDBYTTTE AF REHABILITERINGSFORLØB IFT. BEHOV FOR HJÆLP	8
1.3 BORGEROPLEVET EFFEKT AF UDREDNING OG REHABILITERING	9
1.4 GENOPTRÆNINGSFORLØB.....	10
1.5 BORGEROPLEVET EFFEKT AF GENOPTRÆNINGSFORLØB	11
2. TRYGHED I HVERDAGEN	12
2.1 FASTE HJÆLPERE I HJEMMEPLEJEN.....	13
2.2 VENTEDAGE FOR FÆRDIGBEHANDLEDE BORGERE.....	14
2.3 FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER – ALLE BORGERE OVER 65 ÅR	15
2.4 FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER - KENDTE BORGERE OVER 65 ÅR.....	16
2.5 GENINDLÆGGELSER	17
2.6 KORTTIDSINDLÆGGELSER.....	18
3. FOREBYGGELSE, BEHANDLING OG REHABILITERING	19
3.1 ANTAL PATIENTRETTEDE FOREBYGGELSEFORLØB.....	20
3.2 TILMELDTE BORGERE TIL RYGESTOPFORLØB.....	21
3.3 ANDEL DER GENNEMFØRER ET RYGESTOPFORLØB OG BLIVER RØGFRI	22
4. VENTETIDER	23
4.1 SAGSBEHANDLINGSTIDER FOR HJEMMEPLEJE, HJÆLPEMIDLER OG PLEJEBOLIG	23
4.2 VENTETID TIL PLEJEBOLIG – 4 UGERS-GARANTI.....	24
4.3 VENTETIDER TIL GENOPTRÆNING	25
5. SYGEFRAVÆR	26
5.1 SYGEFRAVÆR BLANDT FULD TIDSANSATTE OG ELEVER	26






Indledning

Halvårsrapporten for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen indeholder en status på udviklingen for forvaltningens vigtigste politiske målsætninger og fokusområder. Formålet med rapporten er at give et samlet overblik over udviklingen i 1. halvår 2017.



Hvordan vurderer vi resultaterne?

For de fleste områder er der fokus på at følge udviklingen over tid, for at se om forvaltningen bevæger sig i den rigtige retning. De markeres således:

-  Indikatorer og mål med fremdrift
-  Indikatorer og mål, hvor status er uændret
-  Indikatorer og mål med tilbagegang

Forvaltningen anvender statistiske redskaber til at undersøge, om mindre udsving skyldes tilfældigheder eller sæsonudsving – og derfor ikke er udtryk for en reel ændring. Ændringer markeres derfor kun i de tilfælde, hvor vi er sikre på, at der er sket en udvikling.

For de mål og indikatorer, hvor der er fastsat en målsætning for indsatsen, illustreres målopfyldelsen således:

-  Indikatorer og mål, hvor målsætningen er nået
-  Indikatorer og mål, hvor målsætningen ikke er nået

Sammenligninger med andre kommuner

Hvor data giver mulighed for det, sammenligner halvårsrapporten Sundheds- og Omsorgsforvaltningens resultater med sammenlignelige kommuner.

Sammenligningerne kan være vigtige for at få et godt grundlag at vurdere forvaltningens nøgletal på. Hvilke kommuner, der sammenlignes med, varierer efter datagrundlag og relevans.

Kortere opgørelsesperiode grundet nyt omsorgssystem

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er overgået til nyt omsorgssystem pr. 8. maj 2017. Forvaltningens datavarehus skal omkodes i forbindelse med implementering af det nye omsorgssystem Cura, og da det er en omfattende og kompliceret proces, er det endnu ikke muligt at trække data til brug for statistik fra det nye omsorgssystem. Det medfører, at der er nogle områder i halvårsrapporten, hvor det kun er muligt at opgøre tal for perioden januar-april 2017. Ved alle figurer er det muligt at se, hvilken periode tallene dækker.



Overblik over målopfyldelsen

Ældrepolitikken

Frihed til at leve livet

- Andel borgere med udredning og rehabilitering
- Positivt udbytte af udredning og rehabilitering ift. behov for hjælp
- Borgeroplevet positivt udbytte af udredning og rehabilitering
- Genoptræningsforløb
- Borgeroplevet effekt af genoptræningsforløb

Tryghed i hverdagen

- Faste hjælpere i hjemmeplejen
- Ventedage for færdigbehandlede borgere
- Forebyggelige indlæggelser
- Genindlæggelser
- Korttidsindlæggelser

Sundhedspolitikken

Forebyggelse og rehabilitering

- Antal patientrettede forebyggelsesforløb
- ✗ Tilmeldte borgere til rygestopforløb
- Andel, der gennemfører et rygestopforløb og bliver røgfri

Ventetider og sygefravær

Ventetider

- ✗ Sagsbehandlingstider for hjemmepleje, hjælpemidler og plejebolig
- ✗ Ventetid til plejebolig – 4 ugers-garanti
- ✗ Ventetider til genoptræning

Sygefravær

- ✓ Sygefravær blandt fuldtidsansatte og elever



Status

Halvårsrapporten for 1. halvår 2017 viser, at hovedparten af indikatorerne er **uændrede**. Det gælder blandt andet i forhold til genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser samt ventedage på udskrivning fra hospital. Andelen af borgere, der gennemfører et rygestopforløb og er røgfri ved forløbets afslutning, ligger på niveau med resultaterne i 1. halvår 2016.

Ligeledes er niveauet for, hvor stor en andel borgere, der modtager udredning og rehabilitering, uændret. I perioden januar-april 2017 har 53 procent af de nye borgere og 48 procent af de kendte borgere, som har modtaget udredning og rehabilitering, haft et positivt udbytte af forløbet målt på deres efterfølgende behov for hjælp. I samme periode i 2016 var det 53 procent af både de nye og kendte borgere, der havde et positivt udbytte.

Forvaltningen har **nået målsætningerne** i forhold til overholdelse af sagsbehandlingsfrister for hjemmepleje, hjælpemidler og i forhold til ventetider til genoptræning efter Serviceloven.

Samtidig er forvaltningen lykkedes med at nedbringe sygefraværet, således at de skønnede måltal for sygefraværet i 1. halvår 2017 er nået.

Forvaltningen har **ikke nået målsætningerne** for ventetider til genoptræning efter Sundhedsloven og i forhold til overholdelse af sagsbehandlingsfrister for hhv. udredning og rehabilitering og plejebolig. Forvaltningen har igangsat et projekt i foråret 2017 med henblik på at nedbringe ventetiderne til genoptræning. I forhold til, hvor mange borgere der er tilmeldt et rygestopforløb, er 34 procent af måltallet for hele 2017 realiseret efter 1. halvår 2017.

Halvårsrapporten viser også, at det fortsat er **en udfordring** at øge andelen af besøg i hjemmeplejen, der leveres af borgernes faste hjælpere. Andelen har længe ligget stabilt. Forvaltningen arbejder i 2017 fortsat med et projekt, der

har til formål at øge medarbejderkontinuiteten og borgernes tilfredshed med antallet af hjælpere.

Det er fortsat ikke alle borgere, der er godkendt til plejebolig, som får tildelt en plejebolig inden for 4 uger (4 ugers-garantien). I første halvår 2017 blev 4 ugers-garantien overholdt i 87 procent af tilfældene.



I. Frihed til at leve livet

Når man bliver ældre i København, skal man fortsat kunne leve det liv, man ønsker og gøre de ting, der betyder noget – også selvom man har brug for hjælp. Tilværelsen som ældre skal kunne leves som en fortsættelse af ens hidtidige liv.

Uanset alder ønsker de fleste at have frihed til selv at bestemme, hvordan de gerne vil bo, dyrke deres interesser, spise deres livretter og dele livet med dem, de holder af. Det giver følelsen af frihed og værdighed, når man kan klare sig selv, mestre sit eget liv og ikke er afhængig af andres hjælp. Men det giver også et bedre helbred, både fysisk og psykisk, og kan medvirke til at forebygge isolation og ensomhed. Derfor skal Københavns Kommune som udgangspunkt tilbyde ældre støtte og træning i at klare flest mulige af hverdagens gøremål selv, hvis de får behov for hjælp.

For at måle på udviklingen på dette mål ser forvaltningen på:

1. Andelen af nye og kendte borgere, som modtager udredning og rehabilitering.
2. Hvor mange af de borgere, som modtager en rehabiliterende indsats fra kommunen, der har positivt udbytte mht. deres behov for hjælp 7 dage efter endt forløb.
3. Hvor stor en andel af udrednings- og rehabiliteringsforløbene, hvor borgeren oplever en positiv effekt af forløbet.
4. Hvor mange borgere, der modtager genoptræning og derigennem får mulighed for at fastholde deres funktionsniveau.
5. Hvor stor en andel af genoptræningsforløbene, hvor borgeren oplever en positiv effekt af forløbet.

Hvad viser udviklingen?

Ad 1. I perioden januar til marts 2017 modtog 540 nye borgere og 478 kendte borgere udredning og rehabilitering. Niveaueet for andelen af borgere, der modtager udredning og rehabilitering, ligger forholdsvist stabilt.

Ad 2. I perioden januar til april 2017 har 53 procent af de nye borgere og 48 procent af de kendte borgere haft et positivt udbytte af deres rehabiliteringsforløb målt på deres behov for hjælp.

Ad 3. Cirka 44 procent af de borgere, der kan måles borgeroplevet effekt for, har oplevet en effekt af deres udrednings- og rehabiliteringsforløb.

Ad 4. Der har været færre genoptræningsforløb efter Serviceloven i I. halvår 2017 end i I. halvår 2015 og 2016. Forvaltningen formoder, at udviklingen skyldes, at flere borgere modtager udredning og rehabilitering i stedet for genoptræning efter Serviceloven. For borgere under 65 år har der været færre genoptræningsforløb efter Sundhedsloven i I. halvår 2017 end i første halvår af 2015 og 2016. Forvaltningen vurderer, at det skyldes implementeringen af Sundhedsplatformen på regionens hospitaler.

Ad 5. For genoptræningsforløb efter Sundhedsloven har cirka 80 procent af de borgere, der kan måles effekt for, oplevet en positiv effekt af genoptræningsforløbet. For genoptræningsforløb efter Serviceloven har ca. halvdelen af borgerne, der kan måles effekt for, oplevet en positiv effekt af forløbet.



I.1 Andel borgere med udredning og rehabilitering →

Som følge af lovændring (Serviceloven § 83a) indførte forvaltningen fra 1. januar 2015 indsatsen 'Udredning og rehabilitering', der består af en bred indsats med fokus på både sociale, fysiske og psykiske aspekter. Formålet er at forbedre borgernes funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp.

Sådan måler vi

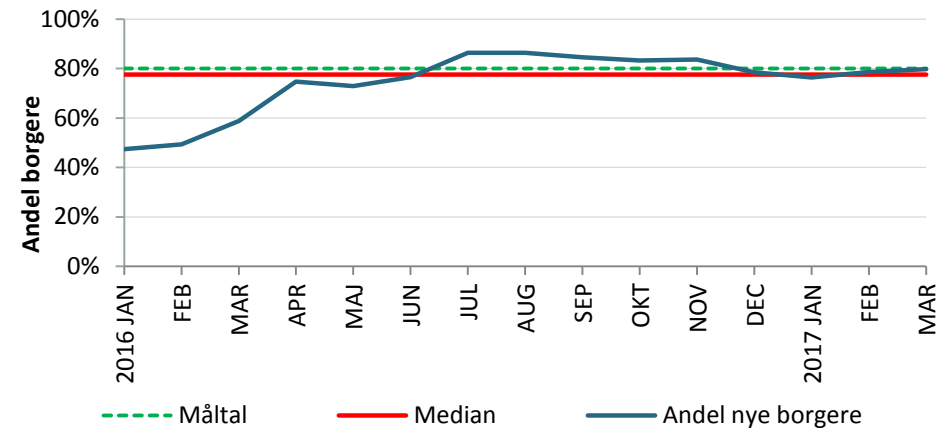
Andelen af henholdsvis nye og kendte borgere, der har modtaget udredning og rehabilitering

I 1. kvartal 2017 modtog 541 **nye** borgere udredning og rehabilitering, hvilket svarer til 78 procent af de nye borgere. Niveaulet for andelen af nye borgere, der modtager udredning og rehabilitering, har været forholdsvis stabilt siden udgangen af 1. halvår 2016, hvor indsatsen var fuldt implementeret.

I 1. kvartal 2017 modtog 479 **kendte** borgere udredning og rehabilitering. Det svarer til 6,0 procent af de kendte borgere. Niveaulet er uændret.

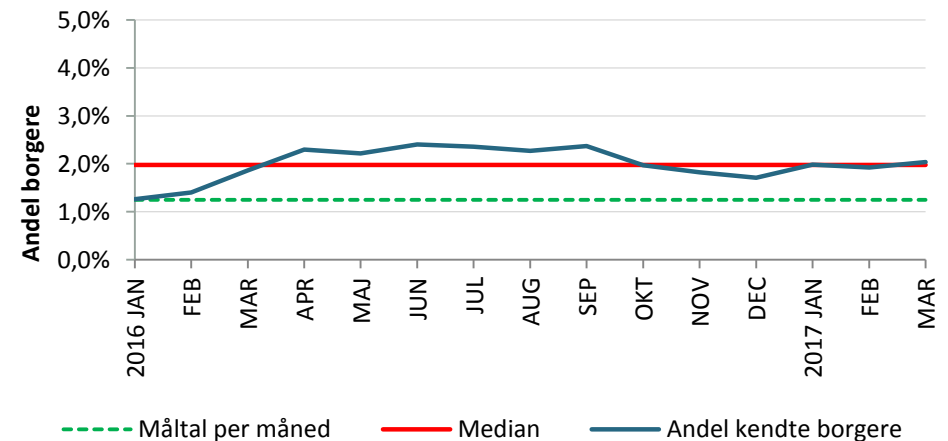
Forvaltningen følger udviklingen tæt.

Figur 1- Andel nye borgere med udredning og rehabilitering



Note: I 2. halvår 2016 var målet, at 80 pct. af de nye borgere skulle modtage udredning og rehabilitering. Der var ikke opsat måltal for 1. halvår 2016.

Figur 2- Andel kendte borgere med udredning og rehabilitering



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

Note: Målet om at 15 pct. af de kendte borgere tilbydes udredning og rehabilitering i 2016 er i figuren omregnet til måltal per måned, således at målopfølgelsen kan følges på månedsbasis.

Note: Grundet implementering af nyt omsorgssystem vises kun data for perioden januar-marts 2017.



1.2 Positivt udbytte af rehabiliteringsforløb ift. behov for hjælp →

I tillæg til at flest mulige borgere tilbydes udredning og rehabilitering ønsker forvaltningen at støtte ældre i fastholde evnen til at kunne selv. Derfor måles der på, i hvilket omfang borgere, der har modtaget et rehabiliterende forløb, har opnået et positivt udbytte mht. til deres behov for hjælp.

Positivt udbytte defineres på følgende måde:

- **Nye borgere:** modtager ingen hjælp eller mindre hjælp end den midlertidige hjælp, der er givet i forbindelse med udrednings- og rehabiliteringsindsatsen
- **Kendte borgere:** modtager ingen hjælp, mindre hjælp eller samme hjælp som umiddelbart inden udrednings- og rehabiliteringsindsatsen startede.

Sådan måler vi

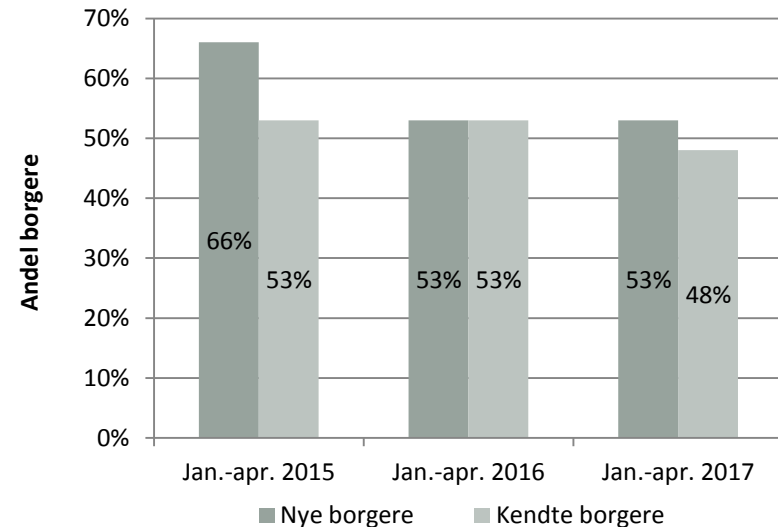
Andelen af borgere, der har modtaget hverdagsrehabilitering eller udredning og rehabilitering, som 7 dage efter endt forløb har:

- For nye borgere: Faldende ydelsesniveau
- For kendte borgere: Uforandret eller faldende ydelsesniveau

I perioden januar-april 2017 har 53 procent af de nye borgere og 48 procent af de kendte borgere haft et positivt udbytte af deres rehabiliteringsforløb.

I samme periode i 2016 var det 53 procent af både nye og kendte borgere, der havde et positivt udbytte.

Figur 3- Andel med positiv udbytte af rehabiliteringsforløb ift. behov for hjælp



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

Note: Årstallet refererer til det år, hvor borgernes udrednings og rehabiliteringsforløb eller hverdagsrehabiliteringsforløb blev afsluttet.

Note: Grundet implementering af nyt omsorgssystem, er der kun data for perioden januar-april.

Note: Før 1. januar 2015 var hverdagsrehabilitering det rehabiliteringsforløb, der blev tilbudt. Pr. 1. januar 2015 blev udredning og rehabilitering indført, med fokus på nye borgere. Pr. 1. januar 2016 gives udredning og rehabilitering til både nye og kendte borgere.



I.3 Borgeroplevet effekt af udredning og rehabilitering →

For at kunne vurdere den borgeroplevede effekt af udredning og rehabilitering, besvarer borgeren PSFS (Patient Specifik Funktionel Skala). Det foregår ved at den enkelte borger udvælger et antal aktiviteter, som han/hun har svært ved at udføre. Borgeren vurderer på en skala fra 0-10, hvor godt han/hun er i stand til at udføre disse aktiviteter. For de borgere, der både har besvaret PSFS ved forløbets start og afslutning, er det muligt at se, om borgeren ved forløbets afslutning vurderer, at han/hun er blevet bedre i stand til at udføre de udvalgte aktiviteter.

Sådan måler vi

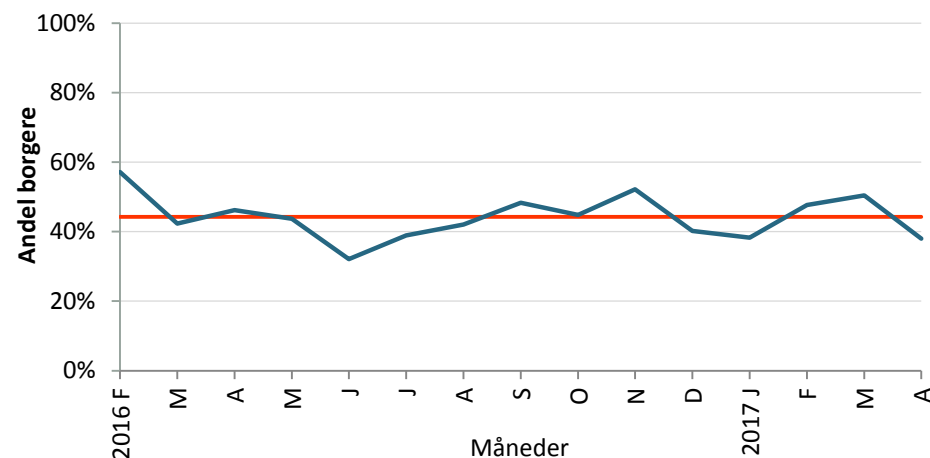
For de forløb, hvor der er foretaget både en start- og en slutmåling, opgøres andelen af forløbene, hvor borgeren har haft en effekt af forløbet.

Effekt defineres som, at borgeren er gået frem med 2 point eller mere på PSFS-skalaen (som går fra 1-10) i løbet af perioden.

Tallene dækker over forløb afsluttet i perioden januar 2016-april 2017.

I perioden januar-april 2017 har cirka 44 procent af de borgere, som det er muligt at måle effekt for, oplevet en positiv effekt af deres udrednings- og rehabiliteringsforløb.

Figur 4- Andel forløb med positiv borgeroplevet effekt



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

Note: På grund af overgang til nyt datasystem er det ikke muligt at opgøre data for maj-juni 2017.



I.4 Genoptræningsforløb →

At modtage genoptræning efter sygdom eller tab af funktionsevne er vigtigt for, at ældre i København i videst muligt omfang kan fortsætte det liv, som de gerne vil.

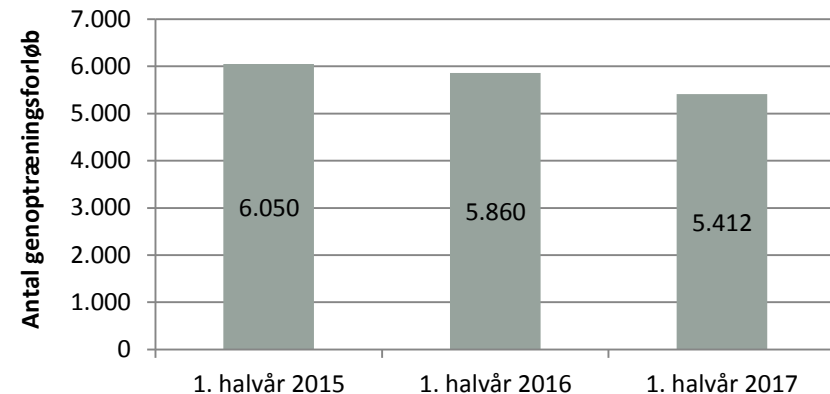
Sådan måler vi

Antal genoptræningsforløb efter Sundhedsloven for alle borgere og antallet af genoptræningsforløb efter hhv. Sundhedsloven og Serviceloven for borgere over 65 år.

I 1. halvår 2017 har der været 5.412 genoptræningsforløb efter Sundhedsloven for alle borgere, heraf 3.015 forløb for borgere over 65 år. Der har været færre genoptræningsforløb efter Sundhedsloven for borgere under 65 år i første halvår 2017 end i første halvår af 2015 og 2016. Forvaltningen vurderer, at årsagen til dette er implementeringen af Sundhedsplatformen på regionens hospitaler, som har medført en nedgang i produktionen.

Der har været 1.203 genoptræningsforløb efter Serviceloven i 1. halvår 2017, hvilket er færre end i 1. halvår 2015 og 2016. Forvaltningen formoder, at udviklingen skyldes, at flere borgere modtager udredning og rehabilitering i stedet for genoptræning efter Serviceloven.

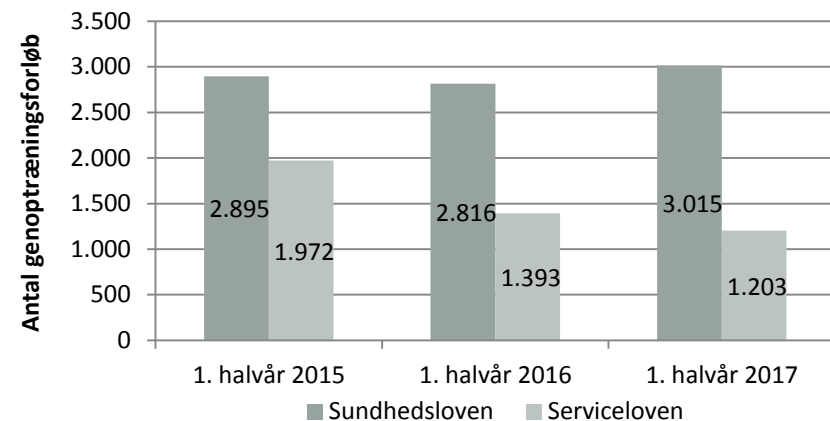
Figur 5 - Genoptræningsforløb efter Sundhedsloven for alle borgere



Kilde: CSC Sundhed Suiten.

Note: På grund af overgangen til Cura opgøres genoptræningsforløb efter sundhedsloven ud fra antal oprettede forløb i CSC Sundhed Suiten. Normalt bruges visiterede ydelser i KOS2.

Figur 6 - Genoptræningsforløb efter Sundhedsloven og Serviceloven for borgere over 65 år



Kilde: CSC Sundhed Suite.

Note: Genoptræningsforløb efter Sundhedsloven og genoptræningsforløb efter Serviceloven optælles fra CSC Sundhed Suiten. Normalt bruges visiterede ydelser i KOS2 til genoptræning efter Sundhedsloven.



1.5 Borgeroplevet effekt af genoptræningsforløb →

For at kunne vurdere den borgeroplevede effekt af genoptræningsforløb, besvarer borgeren PSFS (Patient Specifik Funktionel Skala). Det foregår ved, at den enkelte borger udvælger et antal aktiviteter, som han/hun har svært ved at udføre. Borgeren vurderer på en skala fra 0-10, hvor godt han/hun er i stand til at udføre disse aktiviteter. For de borgere, der både har besvaret PSFS ved forløbets start og afslutning, er det muligt at se, om borgeren ved forløbets afslutning vurderer, at han/hun er blevet bedre i stand til at udføre de udvalgte aktiviteter.

Sådan måler vi

For de forløb, hvor der er foretaget både en start- og en slutmåling, opgøres andelen af forløbene, hvor borgeren har haft en effekt af forløbet.

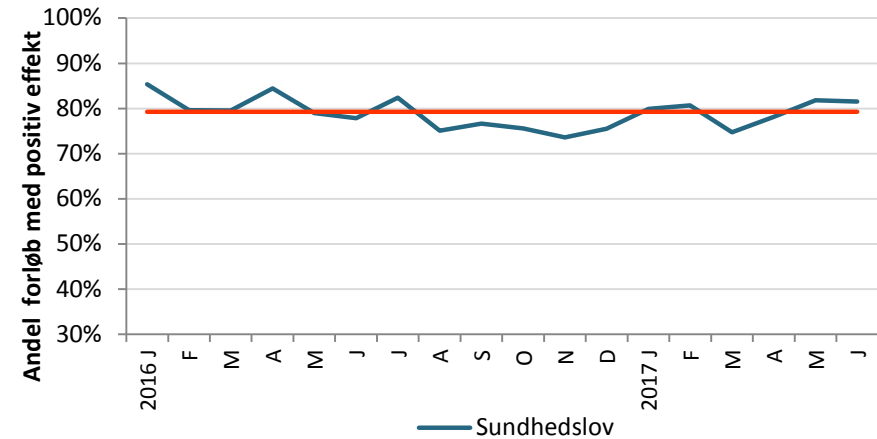
Effekt defineres som, at borgeren er gået frem med 2 point eller mere på PSFS-skalaen (som går fra 1-10) i løbet af træningsperioden.

Tallene dækker over forløb afsluttet i perioden januar 2016-juni 2017.

For genoptræningsforløb efter Sundhedsloven har 80 procent af de borgere, der kan måles effekt for, oplevet en positiv effekt af genoptræningsforløbet. For genoptræningsforløb efter Serviceloven har ca. halvdelen af borgerne, der kan måles effekt for, oplevet en positiv effekt af forløbet.

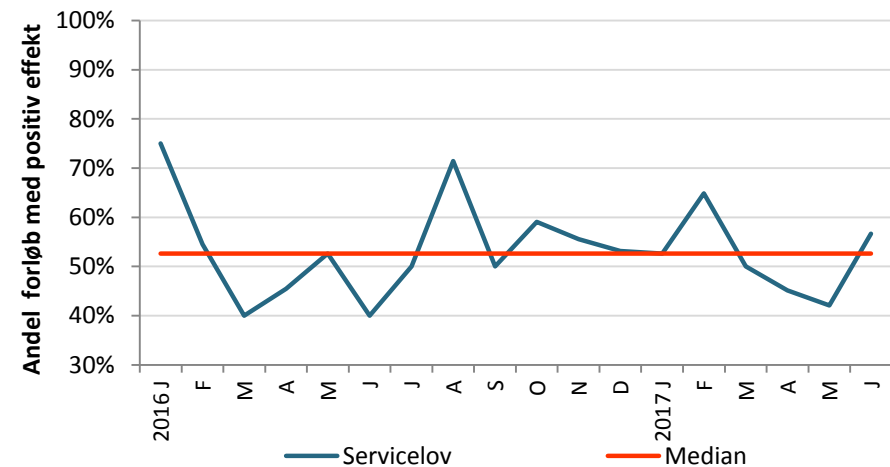
Det er kun muligt at opgøre effekten for de genoptræningsforløb, hvor borger har besvaret PSFS ved både opstart og afslutning af forløbet. I første halvår 2017 var det muligt at opgøre effekten for 40 procent af genoptræningsforløbene efter Sundhedsloven og 24 procent af genoptræningsforløbene efter Serviceloven.

Figur 7 – Andel forløb efter Sundhedsloven med borgeroplevet effekt



Kilde: CSC Sundhed Suite.

Figur 8 – Andel forløb efter Serviceloven med borgeroplevet effekt



Kilde: CSC Sundhed Suite.



2. Tryghed i hverdagen

Ældre københavnere, der oplever sygdom, tab eller begrænsninger i livet, skal være trygge ved, at de får det rette tilbud til den rette tid. Det gælder i de situationer, hvor det bliver svært at klare den personlige pleje eller praktiske opgaver, hvor tabet af en ægtefælle gør livet tungt, eller hvor man overmandes af tristhed og bekymringer.

Som ældre borger, der får hjælp og støtte af kommunen, skal man hver dag sætte sin lid til mange forskellige mennesker, og det er afgørende at opleve en tryk og ligeværdig relation. På samme måde er det vigtigt, at kommunen holder aftaler og sikrer sammenhæng i plejen, så borgerne ikke oplever at blive kastebold mellem systemer, faggrupper og behandlinger.

For at følge udviklingen ser forvaltningen på:

1. Andelen af besøg i den kommunale daghjemmepleje, som er leveret af borgerens faste hjælpere
2. Hvor mange ventedage færdigbehandlede borgere har på hospitalerne
3. Hvor mange gange ældre borgere indlægges med en forebyggelig diagnose
4. Hvor mange gange ældre borgere genindlægges inden for 30 dage
5. Hvor mange gange ældre borgere oplever en korttidsindlæggelse

Der er ikke blevet gennemført kommunale tilsyn i 1. halvår 2017. For de embedslægetilsyn, der er foretaget i perioden, foreligger tilsynsrapporterne endnu ikke. I denne halvårsrapport indgår tilsynsresultater derfor ikke.

Hvad viser udviklingen?

Ad 1. Andelen af besøg i den kommunale daghjemmepleje, som er leveret af borgerens primære eller sekundære hjælper, er stort set uændret fra maj 2015 til april 2017.

Ad 4. I 1. halvår 2017 har der været 1.722 ventedage svarende til 28 ventedage per 1.000 borgere. Københavns Kommune har færre ventedage pr. borger end gennemsnittet i Region Hovedstaden.

Ad 5, 6 og 7. Antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser ligger forholdsvist stabilt. Sammenlignet med gennemsnittet for de øvrige kommuner i Region Hovedstaden har Københavns Kommune relativt flere forebyggelige indlæggelser, men ligger nogenlunde på niveau mht. genindlæggelser og korttidsindlæggelser.



2.1 Faste hjælpere i hjemmeplejen →

Sundheds- og Omsorgsudvalget har i Ældrepolitikken fastlagt, at borgerne skal modtage hjælp og støtte fra en fast kreds af medarbejdere.

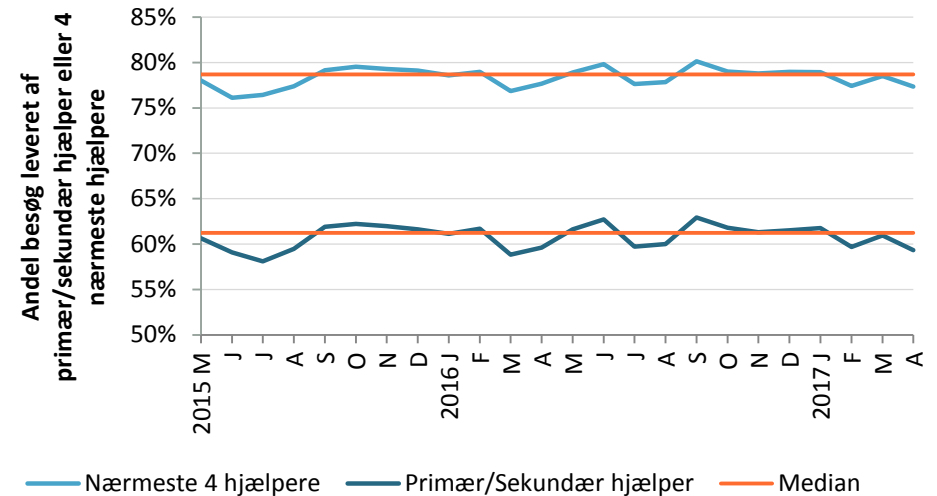
Sådan måler vi

Andelen af besøg leveret af borgers primære eller sekundære hjælper i den kommunale daghjemmepleje. Tallene er opgjort for borgere, der modtager hjemmepleje mellem 1 og 12 timer om ugen.

Andelen af besøg af den kommunale daghjemmepleje, som er leveret af borgerens primære eller sekundære hjælper, har længe ligget stabilt. Andelen har de sidste to år ligget mellem 58 % og 63 %.

Forvaltningen har i projektet 'Faste hjælpere – kontinuitet i hjemmeplejen', som er finansieret af midler fra værdighedspuljen, siden sommeren 2016 arbejdet på at udvikle og afprøve nye veje til dels at reducere antallet af forskellige medarbejdere hos den enkelte borger, som modtager hjælp fra den kommunale hjemmepleje, og dels at forbedre brugeroplevelsen, der hvor der kommer forskellige medarbejdere i hjemmet. Der kan endnu ikke aflæses nogen effekt af tiltagene i hverken måltal eller brugertilfredshed. Forsøgsperioden er blevet forlænget til marts 2018.

Figur 9- Andel besøg leveret af primær/sekundær hjælper eller 4 nærmeste hjælpere



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

Note: Ordninger som tøjvask, indkøb og madservice indgår ikke, idet disse ikke leveres af den kommunale hjemmepleje.

Note: Grundet overgangen til nyt omsorgssystem er data for 2017 kun opgjort for perioden januar-april.



2.2 Ventedage for færdigbehandlede borgere →

Det er en indikator i Sundhedsaftalen, at andelen af borgere, der optager en seng på hospital efter de er færdigbehandlet, reduceres.

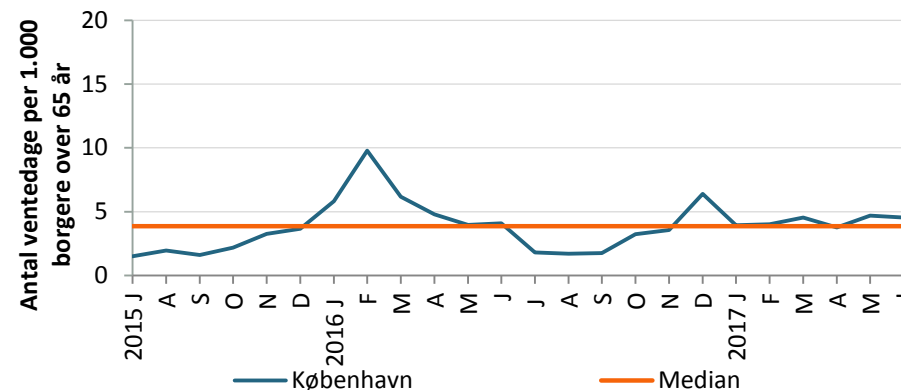
Sådan måler vi

Antal ventedage per 1.000 borgere over 65 år bosiddende i Københavns Kommune. Ventedage er senedage, hvor borgerne ligger færdigbehandlede på hospitalet.

I I. halvår 2017 har der været 1.722 ventedage svarende til 28 ventedage per 1.000 borgere, og niveauet ligger forholdsvist stabilt.

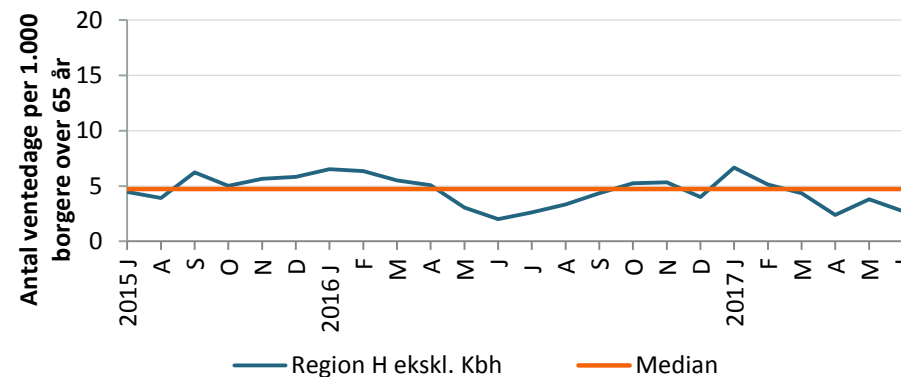
Københavns Kommune har færre ventedage per borger end gennemsnittet i Region Hovedstaden.

Figur 10 – Ventedage for borgere over 65 år i Københavns Kommune



Kilde: KØS i eSundhed

Figur 11 – Ventedage Region Hovedstaden ekskl. København



Kilde: KØS i eSundhed



2.3 Forebyggelige indlæggelser – alle borgere over 65 år →

Hospitalsindlæggelser kan være en belastning for mange ældre, som i forvejen har et pleje- og omsorgsbehov, og den kommunale forebyggelsesindsats skal derfor modvirke, at borgerne indlægges unødigt på sygehuset. Derfor måles der på, hvor mange forebyggelige indlæggelser kommunens ældre borgere oplever. En af indikatorerne i Sundhedsaftalen er, at andelen af borgere, der bliver indlagt med en forebyggelig diagnose, reduceres.

Sådan måler vi

Antallet af forebyggelige indlæggelser er opgjort per 1.000 borgere over 65 år bosiddende i Københavns kommune. I opgørelsen indgår borgere, som har været i kontakt med et offentligt hospital.

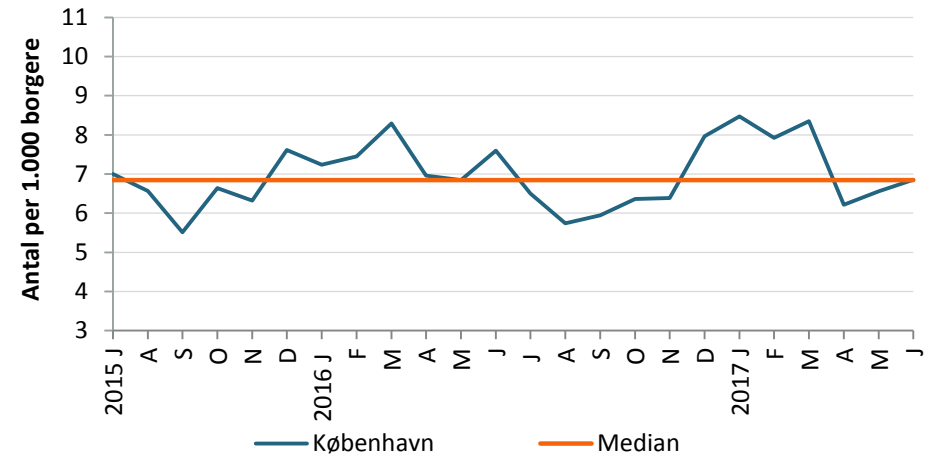
Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser med følgende diagnoser, som er kendetegnet ved, at det til en vis grad er muligt at forebygge dem, så indlæggelser på sigt kan begrænses: Nedre luftvejssygdom, væskemangel, blærebetændelse, forstoppelse, ernæringsbetinget blodmangel, knoglebrud, tarminfektion, tryksår samt sociale og plejemæssige forhold.

I 1. halvår 2017 var der 2.761 forebyggelige indlæggelser for borgere over 65 år bosiddende i Københavns Kommune. Niveaueet er uændret.

Der er flere forebyggelige indlæggelser per 1.000 indbyggere i Københavns Kommune end gennemsnittet for de øvrige kommuner i Region Hovedstaden.

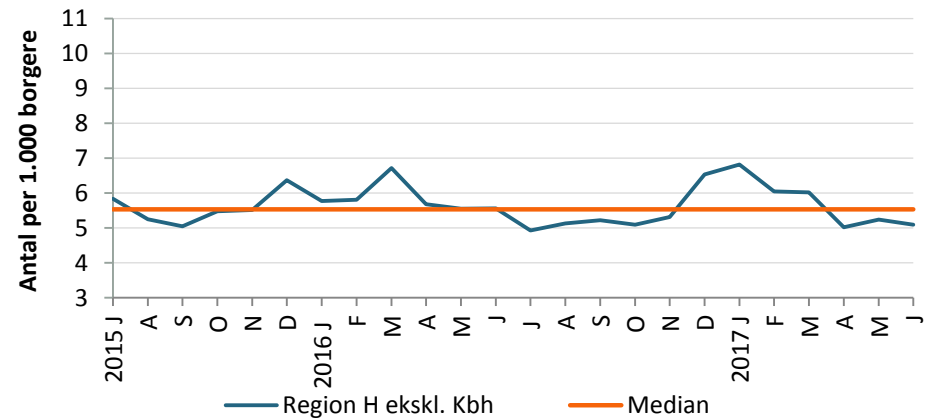
Forvaltningen har bedst mulighed for at forebygge indlæggelser for de borgere, forvaltningen kender i forvejen, og som forvaltningens medarbejdere har kontakt til i dagligdagen. Derfor er forvaltningens fokus særligt rettet mod hjemmeplejen og plejecentre.

Figur 12 - Forebyggelige indlæggelser for borgere i Københavns Kommune – alle borgere over 65 år



Kilde: KØS i eSundhed

Figur 13 – Forebyggelige indlæggelser for borgere i Region Hovedstaden ekskl. København – alle borgere over 65 år



Kilde: KØS i eSundhed



2.4 Forebyggelige indlæggelser - kendte borgere over 65 år →

En af indikatorerne i Sundhedsaftalen er, at andelen af borgere, der bliver indlagt med en forebyggelig diagnose, reduceres. Hvor figurerne på foregående side viser antallet af forebyggelige indlæggelser blandt alle borgere over 65 år, viser figuren på denne side antallet af forebyggelige indlæggelser blandt borgere over 65 år, der allerede er kendte af forvaltningen.

Sådan måler vi

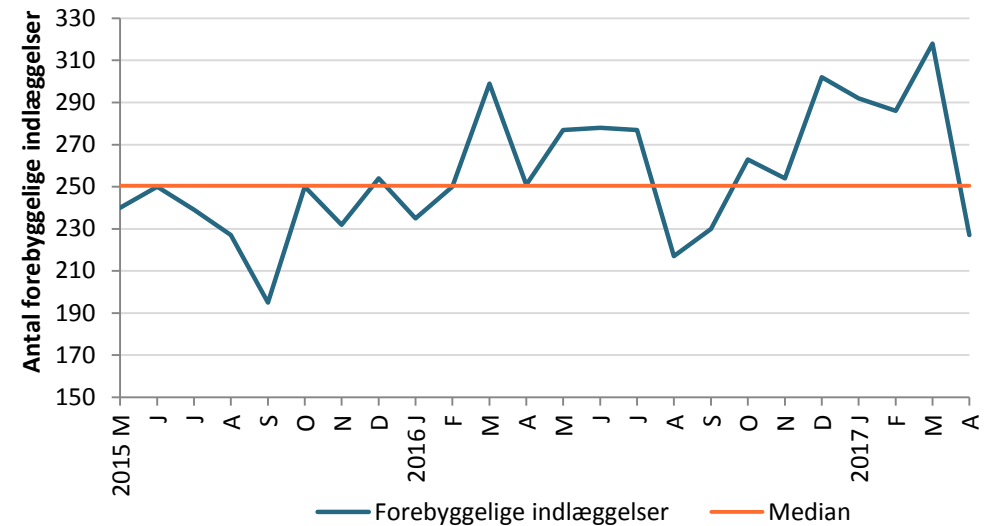
Antallet af forebyggelige indlæggelser for kendte borgere i kommunen er opgjort som borgere, der havde hjemmepleje eller hjemmesygepleje i op til 10 dage før de blev indlagt, eller som boede på plejehjem eller rehabiliteringsplads på indlæggelsestidspunktet. I opgørelsen indgår borgere bosiddende i Københavns kommune, som har været i kontakt med et af Region Hovedstadens offentlige hospitaler.

I perioden januar til april 2017 var der 1.123 tilfælde, hvor kendte borgere over 65 år blev indlagt med en forebyggelig diagnose. Der ses udsving i antallet af forebyggelige indlæggelser fra måned til måned.

Antallet af forebyggelige indlæggelser har i en årrække ligget stabilt uanset, at forvaltningen løbende arbejder på at nedbringe dette tal. Derfor har forvaltningen i løbet af de seneste par år iværksat en række indsatser, som mere direkte har til formål at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser. Det er endnu for tidligt at se tydelige resultater af disse indsatser.

Et af de iværksatte tiltag er projektet "Tidlig opsporing - Forebyggelse af indlæggelser fra plejecentre", som kører i 2016-17 på udvalgte plejecentre i ét lokalområde. Der arbejdes med at understøtte en systematisk opsporing af de tidlige tegn på forandringer i borgerens tilstand samt en systematisk opfølgning på observationerne.

Figur I4 - Forebyggelige indlæggelser - kendte borgere over 65 år



Kilde: Berigede data fra eSundhed, KOS og VI

Note: Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser med følgende diagnoser: Nedre luftvejssygdom, væskemangel, blærebetændelse, forstoppelse, ernæringsbetinget blodmangel, knoglebrud, tarminfektion, tryksår og sociale og plejemæssige forhold.



2.5 Genindlæggelser →

En af målsætningerne i Sundhedsaftalen er at reducere antallet af genindlæggelser, der kunne have været forebygget ved en tidlig og koordineret indsats.

Sådan måler vi

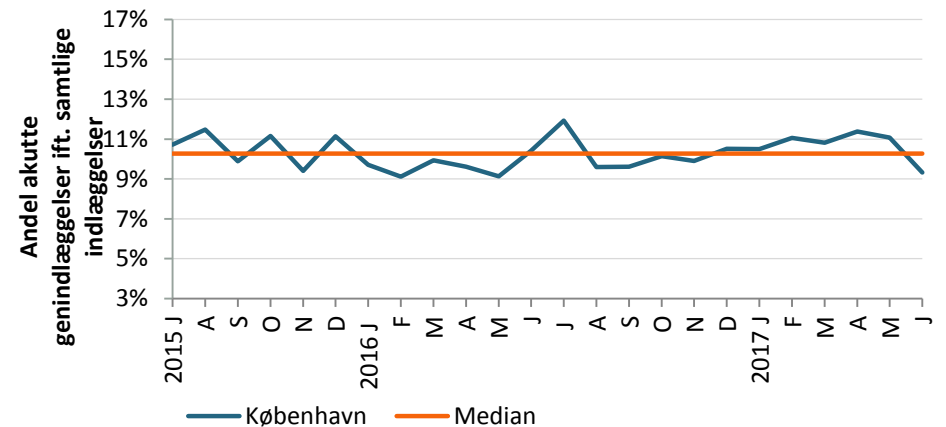
Andelen af akutte genindlæggelser på offentlige hospitaler i forhold til samtlige indlæggelser for borgere over 65 år bosiddende i Københavns Kommune. En genindlæggelse opgøres som en fornyet indlæggelse indenfor 30 dage efter udskrivelse – uafhængig af diagnose. I opgørelsen indgår borgere, som har været i kontakt med et af landets offentlige hospitaler.

I 1. halvår 2017 var der 1.698 genindlæggelser af borgere over 65 år i Københavns Kommune. Andelen af akutte genindlæggelser – set i forhold til samtlige indlæggelser for borgere over 65 år – er forholdsvis stabilt i perioden juli 2015-juni 2017. Andelen ligger mellem 9,1 % og 11,9 % i perioden.

København Kommune har det seneste år ligget på niveau med gennemsnittet af de øvrige kommuner i Region Hovedstaden. Inden da havde Københavns Kommune en relativt højere andel genindlæggelser, men da niveauet for genindlæggelser i de øvrige kommuner i regionen er steget, ligger Københavns Kommune nu på niveau.

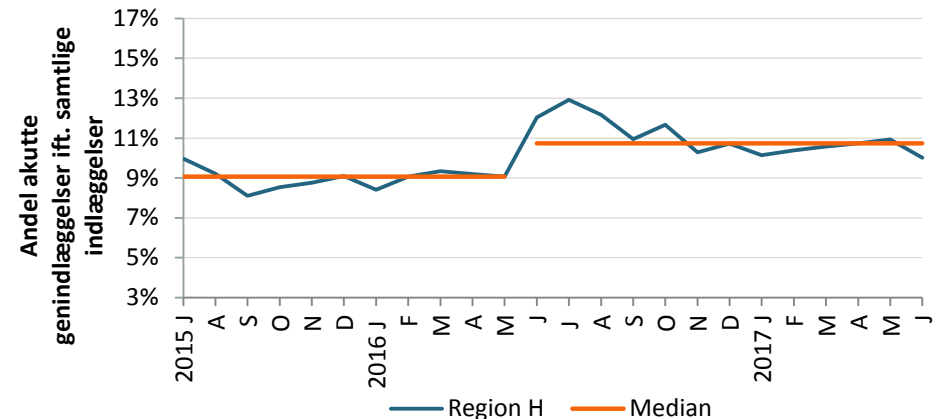
Genindlæggelser drejer sig om alle typer genindlæggelser og ikke alene de forebyggelige genindlæggelser. Der vil således være genindlæggelser, som skyldes forhold, der ligger udenfor kommunens ansvarsområde. Et af de tiltag, der er iværksat for at reducere antallet af indlæggelser, er Tværsektoriel Udrednings- og Udskrivningsenhed (TUE), som er et samarbejde mellem Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital. Et af de overordnede mål er forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.

Figur 15 – Genindlæggelser for borgere over 65 år i Københavns Kommune



Kilde: KØS i eSundhed

Figur 16 – Genindlæggelser for borgere over 65 år i Region Hovedstaden ekskl. København



Kilde: KØS i eSundhed



2.6 Korttidsindlæggelser →

Det er en indikator i Sundhedsaftalen, at andelen af akutte medicinske korttidsindlæggelser reduceres.

Sådan måler vi

Antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser per 1.000 borgere over 65 år bosiddende i Københavns kommune. Korttidsindlæggelser opgøres som akutte indlæggelser på medicinske afdelinger, hvor borgeren udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse. I opgørelsen indgår borgere, som har været i kontakt med et af landets offentlige hospitaler.

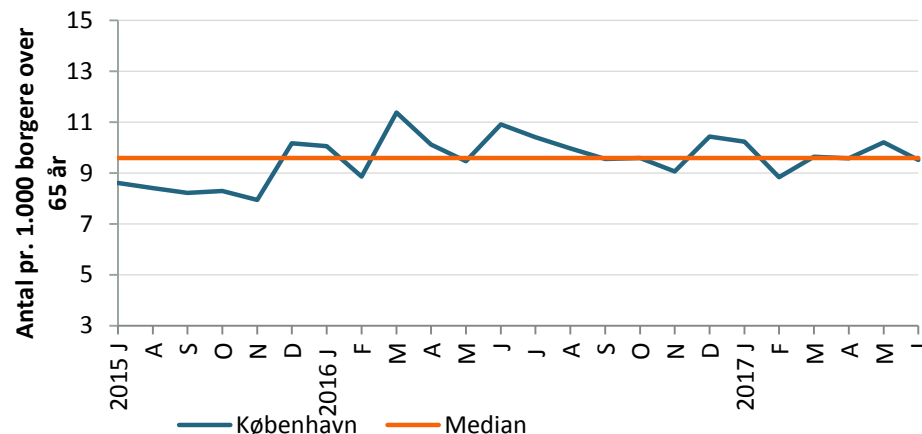
I 1. halvår 2017 var der 3.612 korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i kommunen.

København Kommune ligger nogenlunde på niveau med gennemsnittet af de øvrige kommuner i Region Hovedstaden.

I opgørelsen over korttidsindlæggelser indgår alle typer korttidsindlæggelser, og ikke alene de forebyggelige korttidsindlæggelser. Der vil således være korttidsindlæggelser, som skyldes forhold, der ligger udenfor kommunens ansvarsområde.

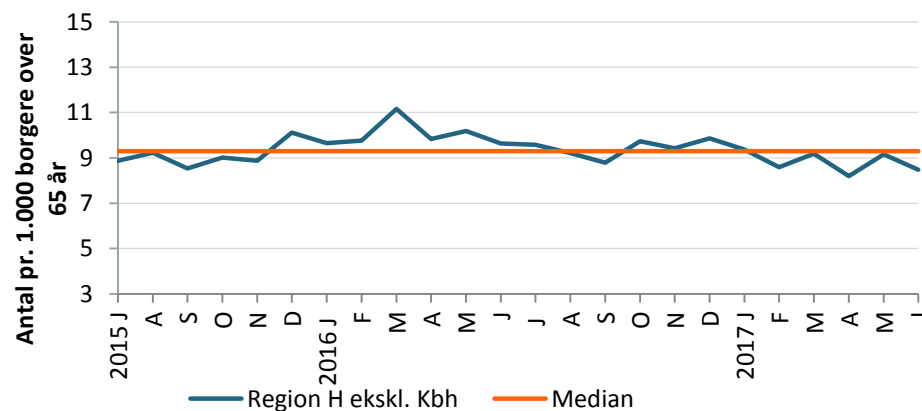
Forvaltningen arbejder med forskellige tiltag for at mindske antallet af indlæggelser. Et af tiltagene er "Faste læger på plejecentre". Det overordnede formål med ordningen er at forbedre den sundhedsfaglige behandling af beboerne på plejecentre, herunder at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, korttidsindlæggelser og genindlæggelser.

Figur 17 – Korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i Københavns Kommune



Kilde: KØS i eSundhed

Figur 18 – Korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i Region Hovedstaden ekskl. Københavns Kommune



Kilde: KØS i eSundhed



3. Forebyggelse, behandling og rehabilitering

Sundhedspolitikken 2015-2025 går på tværs af forvaltningerne. For at opnå de overordnede mål om, at københavnere skal leve længere, skal have flere gode leveår og at uligheden i sundhed skal mindskes, foregår væsentlige indsatser i de øvrige forvaltninger.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har (med)ansvaret for forebyggelse af de risikofaktorer, der skaber sygdom og dårligt helbred (fx alkohol, rygning, og psykisk sårbarhed). Forvaltningen har tillige ansvaret for behandling og rehabilitering, der spiller en vigtig rolle i forhold at bevare eller generhverve tabt funktionsevne, der skaber en forudsætning for god livskvalitet og muligheden for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. I dette afsnit vises de indikatorer, som vedrører Sundheds- og Omsorgsforvaltningens drift. Den samlede, brede afrapportering af Sundhedspolitikken sker i en separat statusrapport.

For at mål på udviklingen på dette mål ser forvaltningen på:

1. Antal patientrettede forebyggelsesforløb
2. Antal borgere tilmeldt rygestopforløb
3. Effekt af rygestopforløbene

Hvad viser udviklingen?

Ad 1. I 1. halvår 2017 har der været 232 hjerteforløb, 310 KOL-forløb, 425 diabetesforløb og 545 kræftforløb.

Ad 2. I 1. halvår 2017 var 1.015 borgere tilmeldt et rygestopforløb. Dermed er 34 procent af måltallet for hele 2017 realiseret.

Ad 3. I 1. halvår 2017 var det 61 procent af de borgere, der var tilmeldt et rygestopforløb, som gennemførte forløbet. Af de borgere, der gennemførte forløbet, var 81 procent røgfrie ved forløbets afslutning.



3.1 Antal patientrettede forebyggelsesforløb →

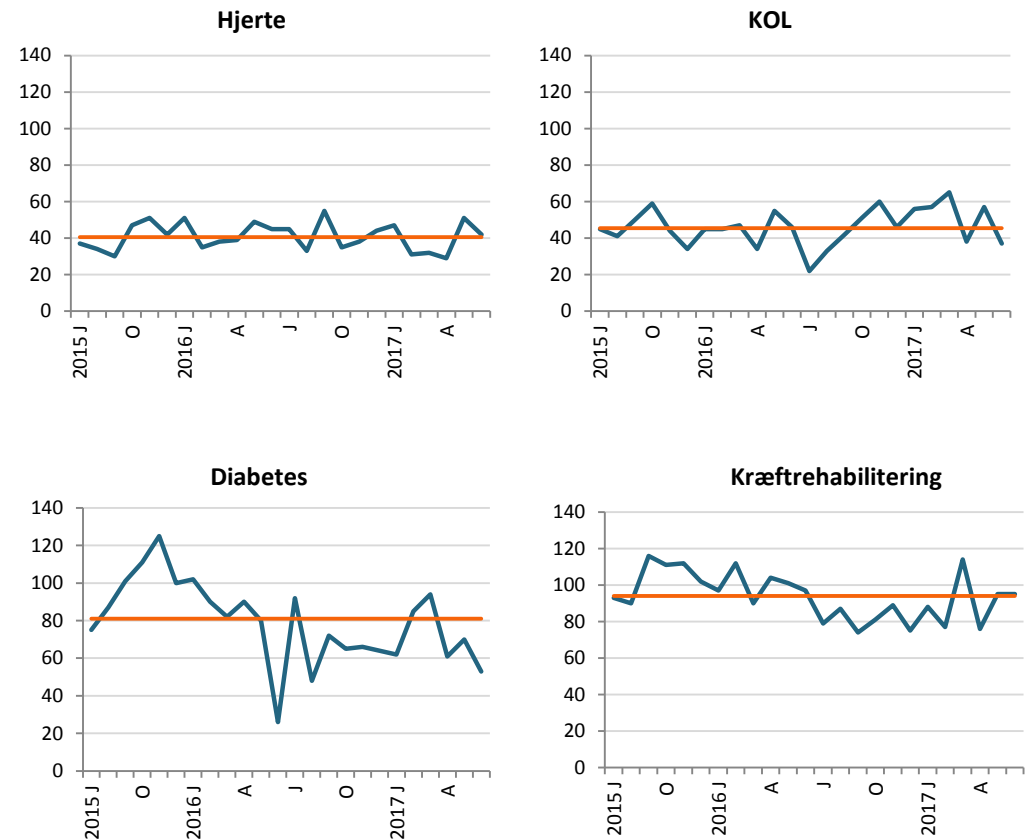
Patientrettede forebyggelsesforløb er tilbud, hvor kronisk syge i Københavns Kommune kan få støtte og inspiration til en sund livsstil med en kronisk sygdom. Borgere med kroniske sygdomme skal henvises til et patientrettet forebyggelsesforløb af enten deres praktiserende læge eller fra Bispebjerg, Amager eller Hvidovre hospital.

Sådan måler vi

Opgørelsen omfatter antallet af tildelte patientrettede forebyggelsesforløb samt kræftforløb

I I. halvår 2017 har der været 232 hjerteforløb, 310 KOL-forløb, 425 diabetesforløb og 545 kræftforløb.

Figur 19 – Antal patientrettet forebyggelsesforløb



Kilde: CSC Sundhed Suite

Note: Forløb omfatter alle tildelte forløb, og således ikke alene forløb, hvor borger er fremmødt.



3.2 Tilmeldte borgere til rygestopforløb X

Rygning er den vigtigste forebyggelige årsag til sygdom og for tidlig død. Sundheds- og Omsorgsudvalget har blandt andet derfor en vision om at reducere andelen af daglige rygere blandt københavnere frem mod 2025.

Der måles på, hvor mange borgere der tilmelder sig et rygestopforløb. Forvaltningen har sat som måltal, at 2.950 borgere tilmelder sig et rygestopforløb i 2017.

Sådan måler vi

Antal borgere tilmeldt et rygestopforløb sammenholdt med måltallet for, hvor mange borgere der skulle være tilmeldt et rygestopforløb.

I 1. halvår 2017 var 1.015 borgere tilmeldt et rygestopforløb. Dermed er 34 procent af måltallet for 2017 realiseret efter det første halvår. Niveauet skal således øges i resten af 2017, hvis forvaltningens måltal for 2017 skal nås. Forvaltningen har fokus på at nå måltallet og har bl.a. sat yderligere fokus på markedsføring i 2. halvår, ligesom der arbejdes med at styrke samarbejdet med civilsamfundet, f.eks. aftenskoler.

Tabel 1 – Tilmeldte borgere til rygestopforløb i forebyggelsescentrene

	I. halvår 2015	I. halvår 2016	I. halvår 2017	Udvikling ift. I. halvår 2016 (%)
Måltal for tilmeldte borgere til rygestopforløb (år)	2.450	2.950	2.950	0 %
Antal tilmeldte borgere til rygestopforløb i I. halvår	806	1.089	1.015	-7 %
Målopfyldelsesgrad af årsmål	33 %	37 %	34 %	-3 %-point

Kilde: Center for Sundhed



3.3 Andel der gennemfører et rygestopforløb og bliver røgfri →

Der måles på, hvor mange rygestopforløb der gennemføres, hvor mange københavnere der bliver røgfri efter forløbene, samt hvor mange der forbliver røgfri efter 6 måneder.

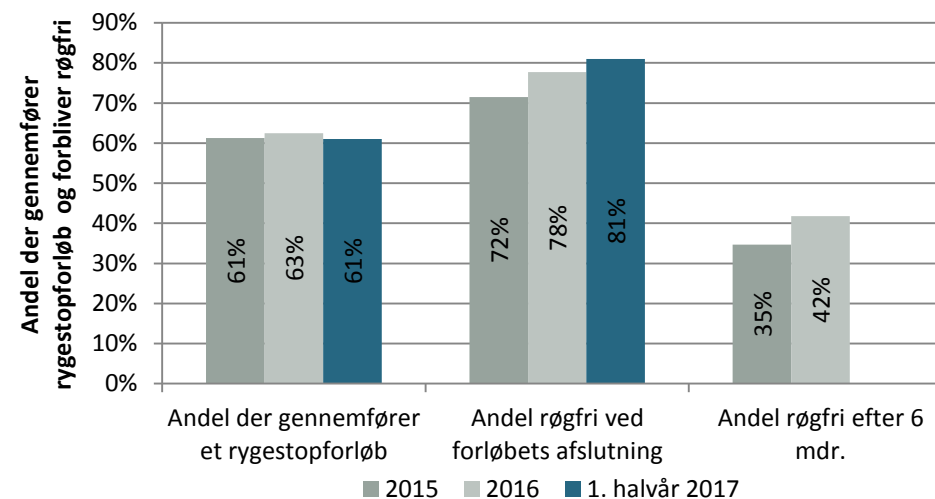
Sådan måler vi

Opgørelsen omfatter andelen af tilmeldte deltagere til rygestopforløb, som gennemfører forløbet. Andelen af de deltagere, som gennemfører forløbet, som er røgfri ved afslutning henholdsvis efter 6 måneder, opgøres ligeledes.

I 1. halvår 2017 var det 61 procent af de borgere, der var tilmeldt et rygestopforløb, som gennemførte forløbet – det er på niveau med resultaterne i 2015 og 2016.

Af de borgere, der gennemførte forløbet, var 81 procent røgfrie ved forløbets afslutning.

Figur 20 – Andel der gennemfører et rygestopforløb og bliver røgfri



Kilde: Rygestopbasen

4. Ventetider

4.1 Sagsbehandlingstider for hjemmepleje, hjælpemidler og plejebolig X

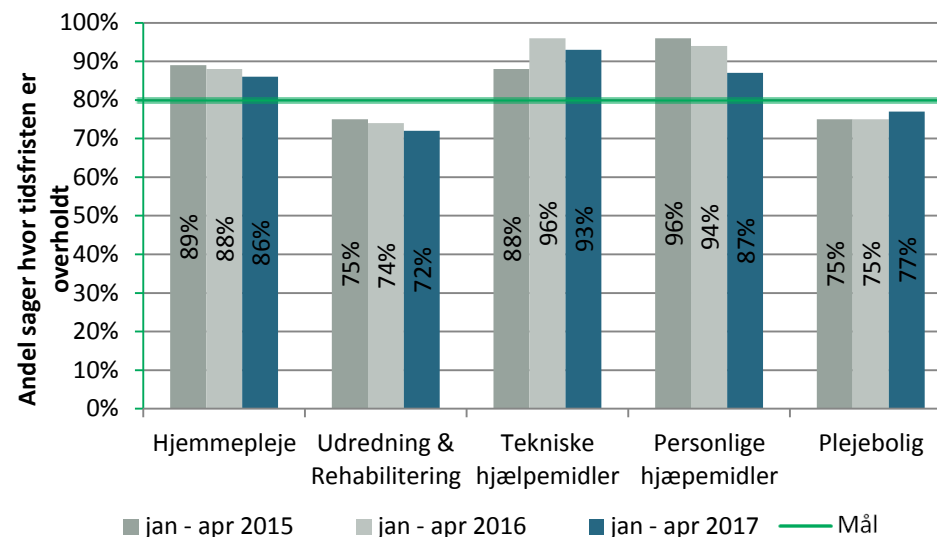
Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt, at sagsbehandlingsfristerne for hjemmepleje og plejebolig er 10 hverdage. For tekniske og personlige hjælpemidler er sagsbehandlingsfristen 20 hverdage, medmindre der er brug for flere oplysninger i sagen, i så fald er sagsbehandlingstiden fastsat til 40 hverdage. Tidsfristerne er fastsat efter, at 80 procent af sagerne skal behandles indenfor fristerne, jf. anbefaling i retssikkerhedsloven. Sagsbehandlingsfristerne fremgår af kvalitetsstandarderne for 2017.

Sådan måler vi

Andelen af sager, der er blevet behandlet inden for sagsbehandlingsfristerne på de enkelte områder.

Målsætningen om, at 80 procent af sagerne skal behandles indenfor fristerne, er overholdt for hjemmepleje og tekniske og personlige hjælpemidler, men ikke for udredning og rehabilitering og plejebolig. For udredning og rehabilitering er 72 procent af sagerne behandlet inden for sagsbehandlingsfristen. 77 procent af sagerne om plejebolig er behandlet rettidigt.

Figur 21 – Sagsbehandlingstider



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS), indberetninger fra Hjælpemiddelcentret

Note: Overholdelsen af sagsbehandlingstiderne er baseret på de sagsbehandlingstider, som var gældende på det pågældende tidspunkt.

4.2 Ventetid til plejebolig – 4 ugers-garanti **X**

Sundheds- og Omsorgsudvalgets mål er, at alle godkendte borgere skal have et tilbud om en bolig inden for 4 uger – 4 ugers-garantien. Borgere, der ønsker at bo i en plejeboligenhed i en anden kommune, eller som ønsker en specifik institution, er ikke omfattet af garantien.

Sådan måler vi

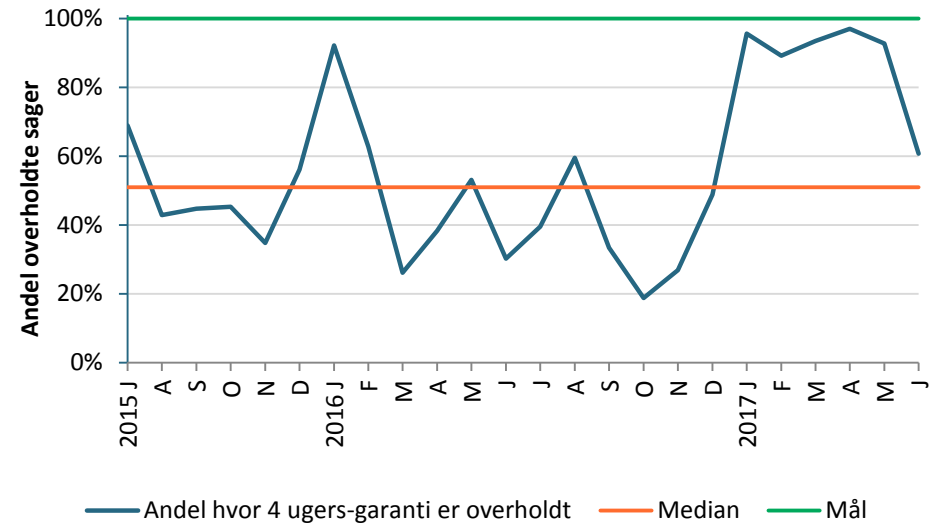
Andelen af godkendte ansøgere, der er blevet tildelt en plejebolig inden for fire uger.

I I. halvår 2017 var 267 sager omfattet af 4 ugers-garantien, og garantien blev overholdt i 231 sager. I I. halvår 2017 blev 4 ugers-garantien således overholdt i 87 procent af alle sager. Målet om, at alle godkendte borgere skal have tilbud om en plejebolig inden for 4 uger, er dermed ikke opfyldt.

Der er tale om en fremgang i forhold til I. halvår 2016, hvor 4 ugers-garantien blev overholdt i 49 procent af alle sager.

4-ugersgarantien har generelt været under pres de seneste år, og der har været markante periodiske udsving.

Figur 22 – 4 ugers-garanti for plejebolig



Kilde: VI-systemet

4.3 Ventetider til genoptræning X

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt et mål om, at borgere maksimalt må vente 10 hverdage på opstart af genoptræning efter Sundhedsloven, fra forvaltningen har modtaget genoptræningsplanen. Hvis borgere grundet sundhedsfaglige forhold har behov for en kortere ventetid, er ventetiden fastsat til maksimalt 7 hverdage (såkaldte accelererede forløb). Tilsvarende har Sundheds- og Omsorgsudvalget fastlagt et mål om, at der for træningsforløb efter Serviceloven højst må gå 20 hverdage fra visitationen har modtaget en ansøgning til opstart af genoptræningsforløb.

Forvaltningen har fastsat et mål om, at ventetiden skal overholdes i minimum 90 procent af forløbene.

Sådan måler vi

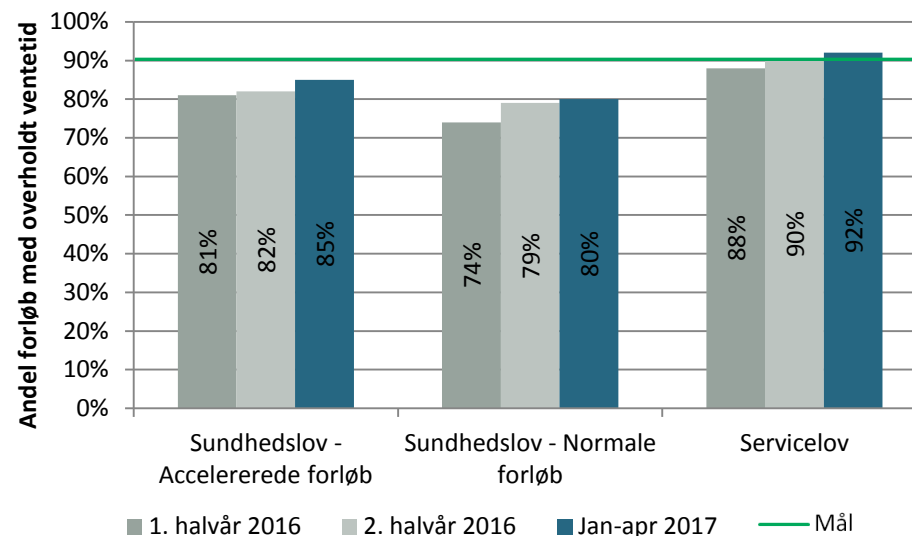
Andelen af genoptræningsforløb, hvor ventetiderne er overholdt. Borgernes samlede ventetid beregnes fra modtagelse af henvendelse til dato for første tilbudte aftale.

I perioden januar-april 2017 er målet om, at ventetiden skal overholdes for minimum 90 procent af forløbene, overholdt for genoptræningsforløb efter Serviceloven, men ikke for genoptræningsforløb efter Sundhedsloven.

Ventetiden er overholdt for 92 procent af genoptræningsforløb efter Serviceloven. For accelererede forløb efter Sundhedsloven er ventetiden overholdt i 85 procent af tilfældene, mens ventetiden er overholdt i 80 procent af de normale genoptræningsforløb efter Sundhedsloven.

Ventetiden er overholdt i en større andel af forløbene i perioden januar-april 2017 end i 1. halvår 2016. Forvaltningen har i foråret 2017 igangsat et projekt med det mål at sikre, at den politisk fastsatte maksimale ventetid til genoptræning overholdes.

Figur 23 – Ventetider til genoptræning



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og CSC Suiten

Note: Overholdelsen af ventetiderne er baseret på de frister, som var gældende på det pågældende tidspunkt.

Note: 1. januar 2016 implementerede forvaltningens kortere ventetid på genoptræningsområdet. For de normale forløb efter Sundhedsloven er den maksimale ventetid reduceret fra 15 til 10 hverdage.

Note: Det er ikke muligt at opgøre ventetiderne i første halvår 2015 og tidligere på grund af databrud i 2015. For at kunne illustrere udviklingen er ventetiden opgjort for de tre seneste halvår (hvoraf der i 1. halvår 2017 kun er data for perioden januar-april).

5. Sygefravær

5.1 Sygefravær blandt fuldtidsansatte og elever ✓

Borgerrepræsentationen fastlægger måltal for sygefraværet i Københavns Kommune. Måltallene for 2017 for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er: For Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ansatte som helhed er målet 13,8 dagsvæk per fuldtidsansat, for forvaltningens ansatte ekskl. elever 12,8 dagsvæk per fuldtidsansat. For eleverne er målet 17,8 dagsvæk per elev.

Sådan måler vi

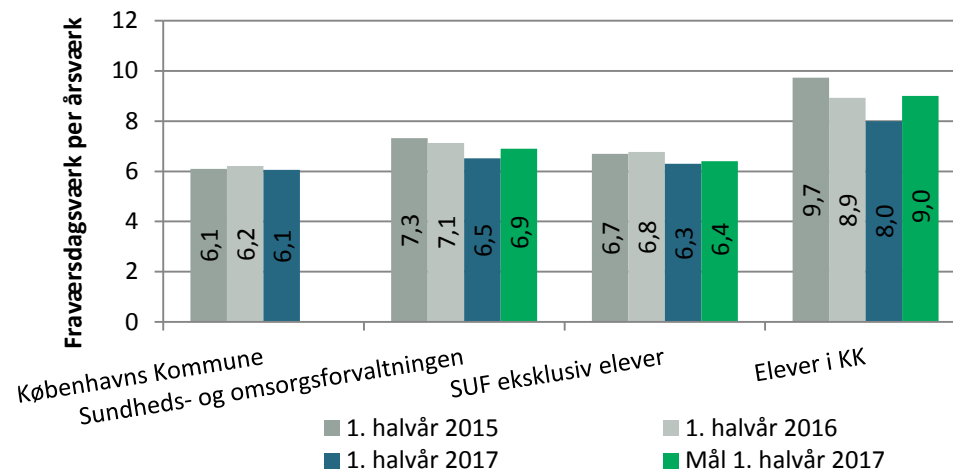
Antallet af sygefraværsdagsvæk per årsvæk. Måltallene for sygefraværet er fastsat for året som helhed. For at kunne vurdere målopfyldelsen i I. halvår 2017 er der beregnet et skønnet mål for, hvad sygefraværet i I. halvår 2017 skal være for at det samlede mål for hele året opnås. I denne beregning tages der højde for sæsonudsving.

Det er lykkedes at nedbringe sygefraværet, således at de skønnede måltal for I. halvår 2017 er nået. Hvis niveauet for sygefraværet fastholdes i resten af 2017, vil forvaltningen således nå måltallene for sygefraværet for 2017.

For Sundheds- og Omsorgsforvaltningen som helhed var sygefraværet i I. halvår 2017 på 6,5 dagsvæk per fuldtidsansat. Eleverne havde et gennemsnitligt sygefravær på 8,0 dagsvæk i I. halvår 2017. Hvis eleverne ikke medregnes, var sygefraværet på 6,3 dagsvæk per fuldtidsansat.

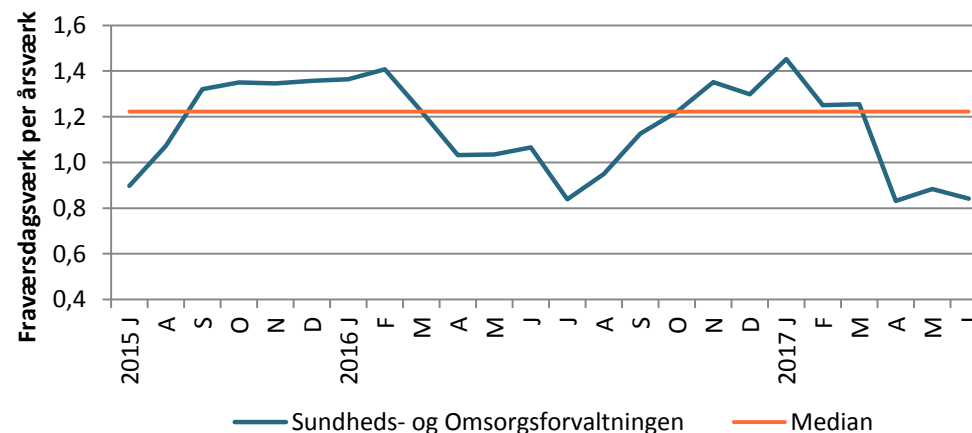
Forvaltningen arbejder efter en handleplan for sygefravær, som blandt andet har fokus på at understøtte forvaltningens ledere i at forebygge og nedbringe sygefravær. Forvaltningens sygefraværsindsatser er blandt andet baseret på en større undersøgelse af, hvad lederne har brug for hjælp og støtte til i sygefraværsarbejdet. Undersøgelsen er gennemført af Arbejdsmiljø København for hele kommunen i foråret 2017.

Figur 24 – Sygefravær i SUF sammenlignet med Københavns kommune



Kilde: Rubin

Figur 25 – Sygefravær i SUF



Kilde: Rubin

Figuroversigt

Figur 1- Andel nye borgere med udredning og rehabilitering	7
Figur 2- Andel kendte borgere med udredning og rehabilitering	7
Figur 3- Andel med positiv udbytte af rehabiliteringsforløb ift. behov for hjælp	8
Figur 4- Andel forløb med positiv borgeroplevet effekt	9
Figur 5 - Genoptræningsforløb efter Sundhedsloven for alle borgere	10
Figur 6 - Genoptræningsforløb efter Sundhedsloven og Serviceloven for borgere over 65 år	10
Figur 7 – Andel forløb efter Sundhedsloven med borgeroplevet effekt	11
Figur 8 – Andel forløb efter Serviceloven med borgeroplevet effekt	11
Figur 9- Andel besøg leveret af primær/sekundær hjælper eller 4 nærmeste hjælpere	13
Figur 10 – Ventedage for borgere over 65 år i Københavns Kommune	14
Figur 11 – Ventedage Region Hovedstaden ekskl. København	14
Figur 12 - Forebyggelige indlæggelser for borgere i Københavns Kommune – alle borgere over 65 år	15
Figur 13 – Forebyggelige indlæggelser for borgere i Region Hovedstaden ekskl. København – alle borgere over 65 år	15
Figur 14 - Forebyggelige indlæggelser - kendte borgere over 65 år	16
Figur 15 – Genindlæggelser for borgere over 65 år i Københavns Kommune	17
Figur 16 – Genindlæggelser for borgere over 65 år i Region Hovedstaden ekskl. København	17
Figur 17 – Korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i Københavns Kommune	18
Figur 18 – Korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i Region Hovedstaden ekskl. Københavns Kommune	18
Figur 19 – Antal patientrettet forebyggelsesforløb	20
Figur 20 – Andel der gennemfører et rygestopforløb og bliver røgfri	22
Figur 21 – Sagsbehandlingstider	23
Figur 22 – 4 ugers-garanti for plejebolig	24

Figur 23 – Ventetider til genoptræning	25
Figur 24 – Sygefravær i SUF sammenlignet med Københavns kommune	26
Figur 25 – Sygefravær i SUF	26

KØBENHAVNS KOMMUNE

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Center for Kvalitet og Sammenhæng

Afdeling for Data og Analyse

www.kk.dk