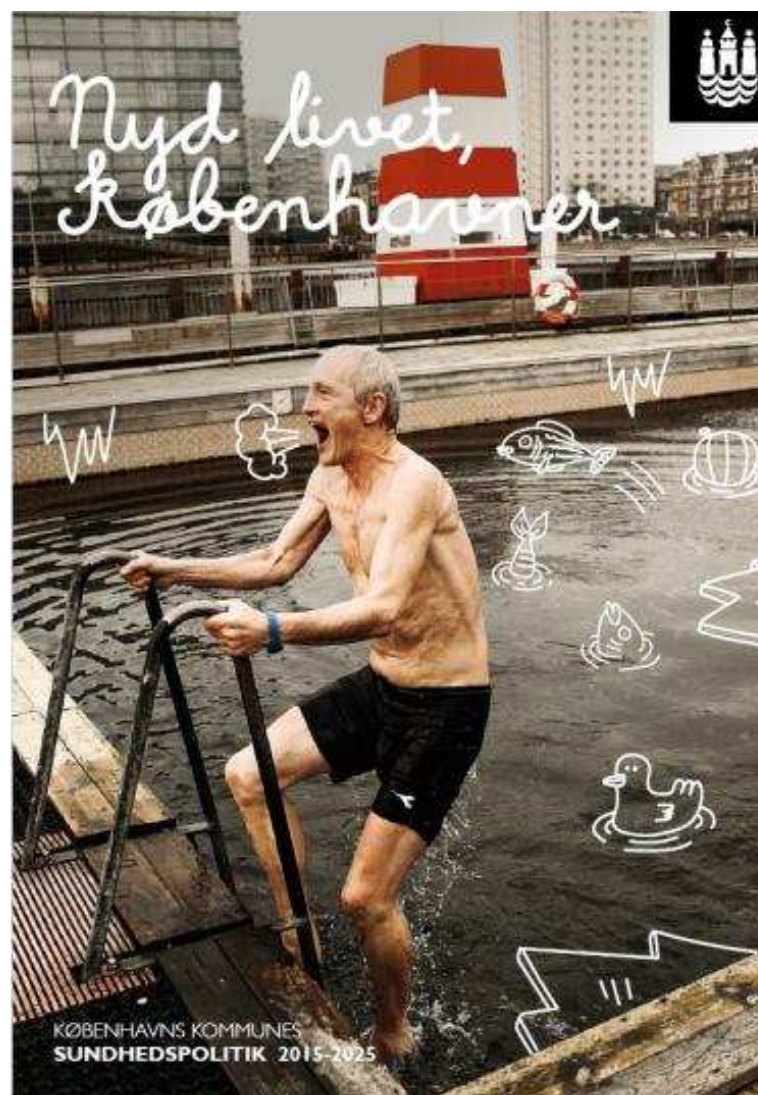
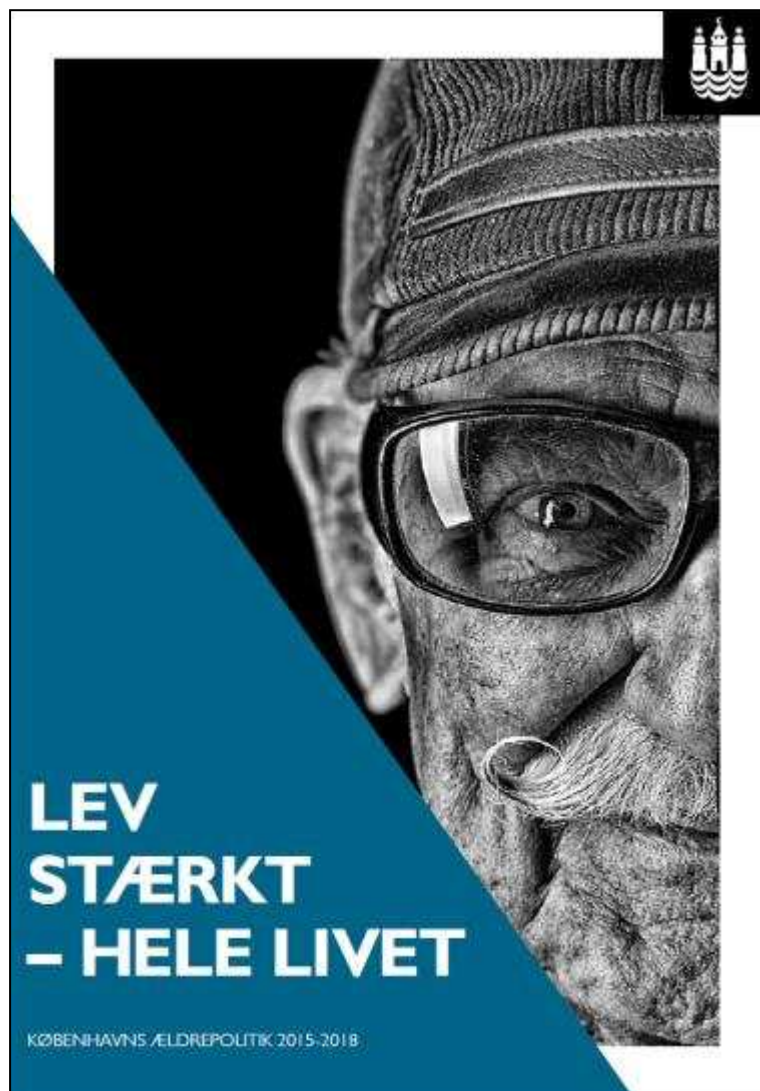


Årsrapport for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen 2015



Forord

Årsrapporten 2015 tager temperaturen på ældre- og sundhedsområdet i København. For første gang samler vi opfølgningen på de vigtigste politiske målsætninger og fokusområder i en rapport, så man kun behøver se et sted, for at vide om vi bevæger os i den retning, det politisk er besluttet, at vi skal.

Jeg ser den som et pejlemærke for, om vi lykkes med vores arbejde. Og det synes jeg i store træk, at vi gør. Det er her, det bliver tydeligt, hvor det går godt, og hvor der er plads til forbedringer. Jeg er glad for, at vi nu er lykkedes med at få færdigbehandlede borgere hurtigere hjem fra hospitalerne og rehabiliterer ældre borgere i hjemmeplejen. Omvendt er der et stykke vej endnu, når det gælder om, at de ældre møder de samme kendte hjælpere i deres hjem, eller at vi overholder 4-ugers garantien for plejeboliger.

Sidste år var året, hvor vi fik to nye politikker i form af ældrepolitikken ”Leve stærkt – hele livet” og sundhedspolitikken ”Nyd livet københavnere”. Vi får i årsrapporten den første fornemmelse af, hvor vi står i forhold til visionerne i politikkerne, og med den energi der bliver lagt i arbejdet, tror jeg, at vi kommer til at se en positiv udvikling i de kommende år. I rapporten er det også muligt at se, hvordan det går med ventetider, sygefravær og den overordnede brugertilfredshed.

Det blik på os selv og vores daglige arbejde som rapporten giver, kan vi bruge til at fokusere og prioritere vores fremadrettede arbejde der, hvor vi har de største udfordringer. Jeg håber også, at vi kan bruge rapporten til at lære af de områder, hvor der er sket en positiv udvikling og til at se, hvor vi kan lære noget af andre fagfolk.

God læsning.

Administrerende direktør
Katja Kayser

Indholdsfortegnelse

INDLEDNING 4

I. FRIHED TIL AT LEVE LIVET 7

- I.1 ANTAL BORGERE MED UDREDNING & REHABILITERING OG HVERDAGSREHABILITERING 8
- I.2 BEHOV FOR HJÆLP 12 MÅNEDER EFTER HVERDAGSREHABILITERING 9
- I.3 GENOPTRÆNING 10
- I.4 BRUGERNES VURDERING AF HJEMMEPLEJEN – FRIHED BASELINE 11
- I.5 BRUGERNES VURDERING AF PLEJECENTRENE – FRIHED BASELINE 12

2. TRYGHED I HVERDAGEN 13

- 2.1 ANTAL FORSKELLIGE HJÆLPERE I BORGERS HJEM 15
- 2.2 KOMMUNALE TILSYN 16
- 2.3 EMBEDSLÆGETILSYN MED PLEJECENTRE 17
- 2.4 VENTEDAGE FOR FÆRDIGBEHANDLEDE BORGERE 18
- 2.5 FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER – ALLE BORGERE OVER 65 ÅR 19
- 2.6 FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER - KENDTE BORGERE OVER 65 ÅR 20
- 2.7 GENINDLÆGGELSER 21
- 2.8 KORTTIDSINDLÆGGELSER 22
- 2.9 BRUGERNES VURDERING AF HJEMMEPLEJEN – TRYGHED BASELINE 23
- 2.10 BRUGERNES VURDERING AF PLEJECENTRENE – TRYGHED BASELINE 24

3. MEDBORGERSKAB HELE LIVET 25

- 3.1 BRUGERNES VURDERING AF HJEMMEPLEJEN - MEDBORGERSKAB 27
- 3.2 BRUGERNES VURDERING AF AKTIVITETSTILBUD - MEDBORGERSKAB BASELINE 28
- 3.3 BRUGERNES VURDERING AF PLEJECENTRENE - MEDBORGERSKAB 30

4. FOREBYGGELSE, BEHANDLING OG REHABILITERING 32

- 4.1 PATIENTRETTET FOREBYGGELSE 33
- 4.2 BORGERRETTET FOREBYGGELSE 34
- 4.3 TILMELDTE BORGERE TIL RYGESTOPFORLØB X 36

4.4 FLERE GENNEMFØRER RYGESTOPFORLØB OG FORBLIVER RØGFRI 37

4.5 RYGESTOPSAMTALER MED KORTUDDANNEDE KØBENHAVNERE 38

5. VENTETIDER 39

5.1 SAGSBEHANDLINGSTIDER FOR HJEMMEPLEJE, HJÆLPEMIDLER OG PLEJEBOLIG √ 39

5.2 VENTETID TIL PLEJEBOLIG X 40

5.3 VENTETIDER TIL GENOPTRÆNING √ 41

6. SYGEFRAVÆR 42

6.1 SYGEFRAVÆR BLANDT FULDTIDSANSATTE OG ELEVER X 42

7. OVERORDNET BRUGERTILFREDSHED 44

7.1 POLITISK MÅL OM NIVEAU FOR SAMLET TILFREDSHED √ 44




FIGUROVERSIGT 45

Indledning

Årsrapporten for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen indeholder en status på udviklingen for forvaltningens vigtigste politiske målsætninger og fokusområder. Årsrapportens formål er at give et samlet overblik over udviklingen i 2015.



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 indikator, 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 årsrapporten 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. Eksempelvis sammenlignes tallene for antallet af færdigbehandlede borgere med de øvrige kommuner i Region Hovedstaden, da meget handler om samarbejdet med de konkrete hospitaler. I forhold til eksempelvis ensomhed og embedslægetilsyn sammenlignes med landsgennemsnittet.

Nye indikatorer følges de kommende år

Årsrapporten er første år efter indførelsen af de nye ældre- og sundhedspolitikker. Derfor indeholder rapporten også nye indikatorer, der matcher de nye politiske målsætninger. For de nye indikatorer kan forvaltningen endnu ikke opgøre en udvikling, men forvaltningen vil rapportere på udviklingen i tallene i efterfølgende rapporter. Disse områder er markeret med teksten **BASELINE**.

Overblik over målopfyldelsen

Ældrepolitikken

Frihed til at leve livet

- Antal borgere med udredning & rehabilitering og hverdagsrehabilitering
- Behov for hjælp 12 måneder efter hverdagsrehabilitering
- Genoptræning

Tryghed i hverdagen

- Antal forskellige hjælpere i borgers hjem
- Tilsyn
- Forebyggelige indlæggelser – kendte borgere over 65 år
- Genindlæggelser
- Korttidsindlæggelser
- Ventetider for færdigbehandlede borgere

Medborgerskab

- Brugernes oplevelse af ensomhed

Sundhedspolitikken

Forebyggelse, behandling og rehabilitering

- Patientrettet forebyggelse
- Borgerrettet forebyggelse
- Rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere
- Røgfrie efter rygestopforløb

Ventetider og sygefravær

Ventetider

- ✓ Sagsbehandlingstider
- ✗ 4-ugers-garanti for plejebolig
- ✓ Ventetider til genoptræning

Sygefravær

- ✗ Sygefravær blandt fuldtidsansatte og elever

Overordnet brugertilfredshed

- ✗ Brugernes samlede tilfredshed med hjemmeplejen
- ✓ Brugernes samlede tilfredshed med plejecentrene
- ✓ Brugernes samlede tilfredshed med aktivitetstilbuddene

Status

Årsrapporten for 2015 viser, at der er nogle områder, hvor det går fremad, nogle områder, hvor der er brug for en fokuseret indsats for at imødekomme udfordringerne, og en lang række områder, hvor der er tale om status quo.

Årsrapporten viser, at det er gået **fremad** med at hjemtage borgerne, efter de er færdigbehandlet på sygehuset, og at rehabiliterer ældre borgere i hjemmeplejen. Forvaltningen har igennem flere år arbejdet på at hjemtage borgerne hurtigere fra hospitalet, og den positive udvikling kommer efter at forvaltningen har iværksat en række tiltag i 2015 for at reducere ventedagene. Ligeledes har forvaltningen igennem længere tid haft fokus på at styrke borgernes rehabilitering. I forbindelse med indførelsen af udredning og rehabilitering i 2015 har forvaltningen gennemført et udviklingsarbejde, som har styrket den faglige indsats, og i betydelig grad hævet antallet af borgere, der modtager et rehabiliterende forløb.

Samtidigt har forvaltningen **nået de politiske målsætninger** i forhold til overholdelse af sagsbehandlingsfrister for hjemmepleje, hjælpemidler og plejebolig, i forhold til ventetider til genoptræning og mht. brugertilfredshed på plejehjem og aktivitetstilbud.

Årsrapporten viser, at forvaltningen i 2015 har fastholdt sit niveau på hovedparten af forvaltningens indsatsområder. Årsrapporten viser således, at langt hovedparten af indikatorerne er **uændrede fra 2014 til 2015**. Det gælder i forhold til genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser. Det er ligeledes lykkedes at fastholde aktivitetsniveauet på genoptræning og patientrettet forebyggelse.

Den samlede brugertilfredshed med hjemmepleje, plejebolig og aktivitetstilbud er på niveau med de foregående år, brugertilfredsheden med hjemmepleje ligger lidt under det politisk fastsatte mål. Også med hensyn til embedslægens

sundhedsfaglige tilsyn med plejehjem er situationen uændret. På dette område ligger Københavns Kommune **lavere end sammenlignelige kommuner**. Det samme gør sig gældende for hjemmeplejemodtagernes oplevelse af at have faste hjælpere, samtidig med at andelen af faste hjælpere længe har ligget forholdsvis stabilt. Forvaltningen vil derfor, bl.a. med udgangspunkt i den analyse af udfordringer og løsninger, som blev foretaget i 2015, yderligere styrke indsatsen for at øge andelen af besøg, der leveres af borgernes faste hjælpere.

Årsrapporten viser desuden, at det **fortsat er en udfordring** at overholde 4 ugers-garantien for plejeboliger, som generelt har været under pres de seneste år. Der har været markante periodiske udsving, men der ser ud til at være en tendens mod fortsat pres på ventelisterne.

Endvidere ligger sygefraværet for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen over målet for 2015. Forvaltningen har i en længere periode arbejdet med at nedbringe sygefraværet, og stigningen i sygefraværet fra 2014 til 2015 kommer efter en længere årrække med faldende fravær. For at vende udviklingen igen, har forvaltningen iværksat en række nye initiativer for at nedbringe sygefraværet. Særligt elevernes sygefravær er steget, hvilket bl.a. skyldes, at der på grund af den nuværende dimensioneringsaftale er nogle særlige udfordringer i arbejdet med at nedbringe elevernes sygefravær.



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. Hvor mange borgere, som modtager en rehabiliterende indsats fra kommunen, når de søger om hjemmepleje
2. Hvor mange af de borgere, som modtager en rehabiliterende indsats fra kommunen, der har uforandret eller mindre behov for hjælp et år efter
3. Hvor mange borgere, der modtager genoptræning og derigennem får mulighed for at fastholde deres funktionsniveau
4. Hvordan borgerne vurderer deres mulighed for fleksibilitet og rammerne for at fortsætte deres eget liv, mens de får hjælp fra kommunen.

Hvad viser udviklingen?

Ad 1. Der er sket en væsentlig stigning i antallet af borgere, der gennemgår udredning og rehabilitering. Forvaltningen har gennemført et udviklingsarbejde i 2015, som har styrket den faglige indsats.

Ad 2. 43 % af de borgere, der afsluttede deres rehabiliterende forløb i 2014, havde uforandret eller mindre behov for hjælp ét år efter. Det viser, at en stor del af borgerne kan fastholde deres funktionsevne et år efter indsatsen.

Ad 3. Antallet af genoptræningsforløb efter Sundhedsloven er uændret fra 2014 til 2015. Der er sket et mindre fald i antallet af genoptræningsforløb for den genoptræning, som forvaltningen selv visiterer til efter Serviceloven, men det skyldes primært et fald i udredninger, som ikke længere skønnes nødvendige.

Ad 4. 70 % af hjemmeplejemodtagerne vurderer, at hjemmehjælpen betyder, at de bedre har mulighed for at gøre ting, der betyder noget for dem. På plejecentrene er det tilsvarende tal 79 %.



I.1 Antal borgere med udredning & rehabilitering og hverdagsrehabilitering

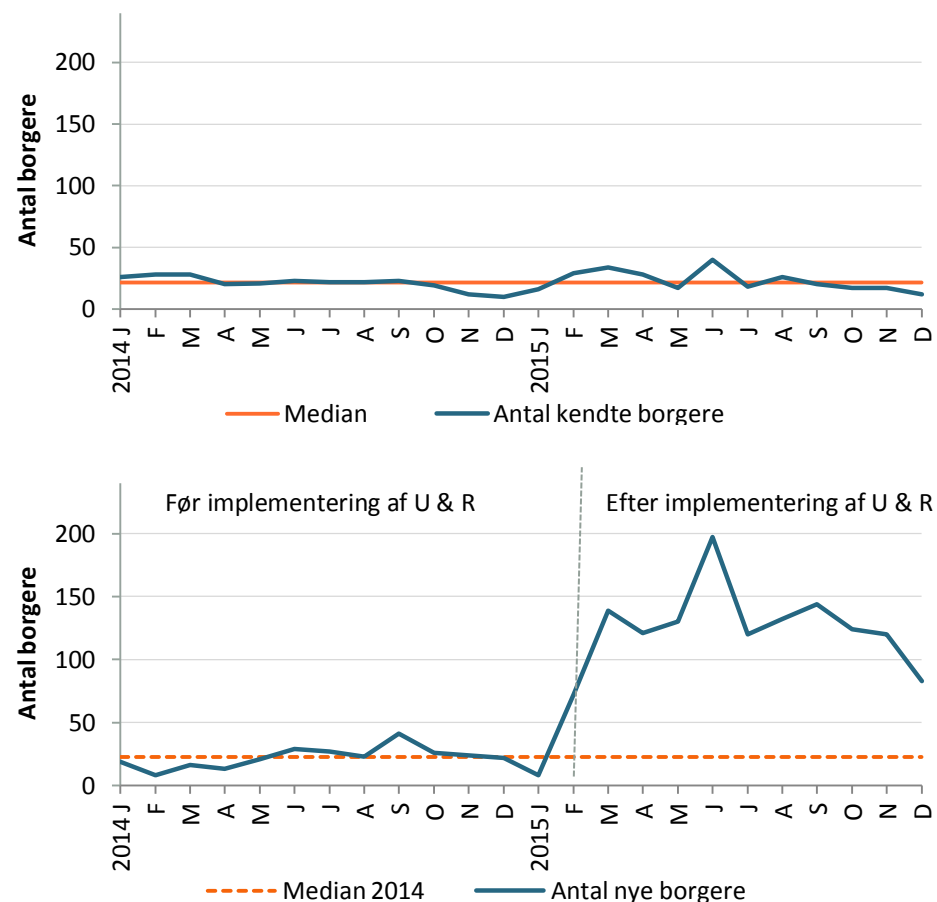
Som følge af lovændring (Serviceloven § 83a) indførte forvaltningen fra 1. januar 2015 indsatsen 'Udredning og rehabilitering', der består af en bred indsats med fokus på både sociale, fysiske og psykiske aspekter. Formålet er at forbedre borgernes funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp. I 2015 var udredning og rehabilitering fokuseret mod nye borgere, mens tilbuddet til kendte borgere fortsat var hverdagsrehabilitering. Fra 2016 eksisterer de hverdagsrehabiliterende ydelser ikke længere; udredning og rehabilitering gives til alle borgere med rehabiliteringspotentiale.

Sådan måler vi

Antal af borgere, der har modtaget udredning og rehabilitering eller hverdagsrehabilitering, fordelt på nye og kendte borgere.

I 2015 var der 257 kendte borgere, der fik et rehabiliterende forløb, mens det i 2014 var 246 kendte borgere. Blandt nyhenvender var der i 2015 1.246 borgere, som fik et rehabiliterende forløb, det tilsvarende tal i 2014 var 257 borgere. Forvaltningen vurderer, at den væsentlige stigning fra 2014 til 2015 i antallet af nyhenvendende, der har deltaget i rehabilitering, skyldes det udviklingsarbejde, som forvaltningen har gennemført i 2015, som har styrket den faglige indsats.

Figur I- Antal borgere med rehabilitering



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

Note: I 2014 var indsatsen for både kendte og nye borgere 'hverdagsrehabilitering'. I 2015 var indsatsen for kendte borgere 'hverdagsrehabilitering', mens den for nye borgere var 'udredning og rehabilitering'.

Note: Evalueringen af udredning og rehabiliteringsforløb (september 2015) viste en 30 % stigning i antallet af kendte borgere, der modtog hverdagsrehabilitering. Forskellen mellem tallene i årsrapporten og evalueringen skyldes forskellige måder at opgøre 'kendte' borgere på.



1.2 Behov for hjælp 12 måneder efter hverdagsrehabilitering

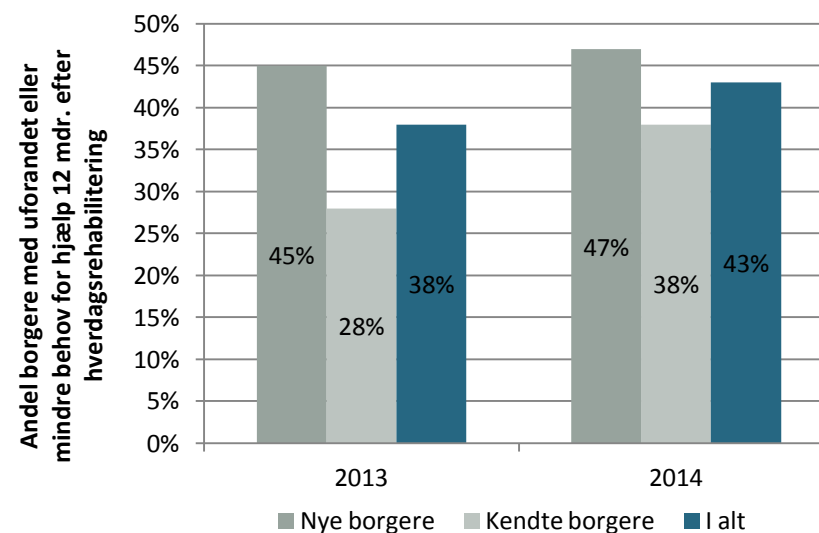
I tillæg til at flest mulige borgere tilbydes hverdagsrehabilitering ønsker forvaltningen at støtte ældre i fastholde evnen til at kunne selv. Derfor måles der på om borgere, der har modtaget hverdagsrehabilitering, ét år efter har uforandret eller mindre behov for hjælp.

Sådan måler vi

Andelen af borgere, der har modtaget hverdagsrehabilitering, som efter 12 måneder har uforandret eller mindre behov for hjælp (målt ved uforandret eller faldende ydelsesniveau).

Ud af de borgere, der afsluttede deres hverdagsrehabiliteringsforløb i 2014, havde 43 % uforandret eller mindre behov for hjælp ét år efter. Året før var den tilsvarende andel 38 %. Andelen af borgere, der har samme eller mindre behov for hjælp 12 måneder efter, er således 5 %-point højere for borgere, der afsluttede deres forløb i 2014, end for borgere der afsluttede deres forløb i 2013. Der ses primært en stigning for kendte borgere.

Figur 2- Behov for hjælp 12 mdr. efter hverdagsrehabilitering



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

Note: 1. kvartal 2013 indgår ikke pga. overgang til KOS2 den 1. april 2013.

Årstallet refererer til det år, hvor borgernes hverdagsrehabiliteringsforløb blev afsluttet.



I.3 Genoptræning →

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

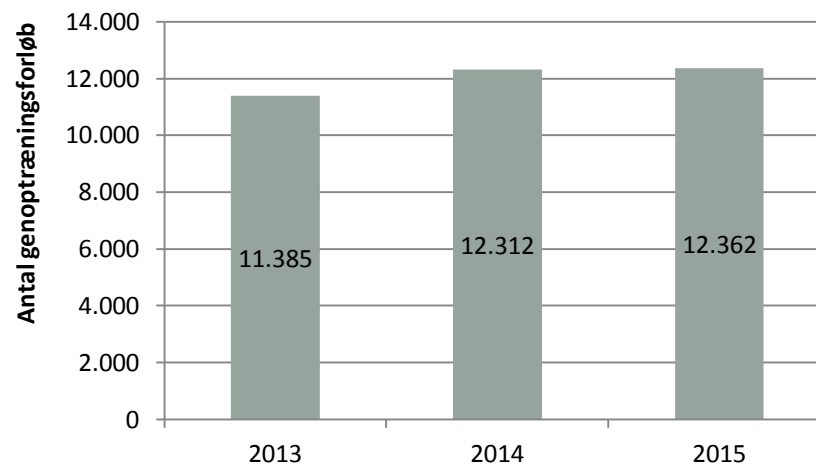
Sådan måler vi

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

I 2015 var der 12.362 genoptræningsforløb efter Sundhedsloven for alle borgere, heraf 5.721 forløb for borgere over 65 år.

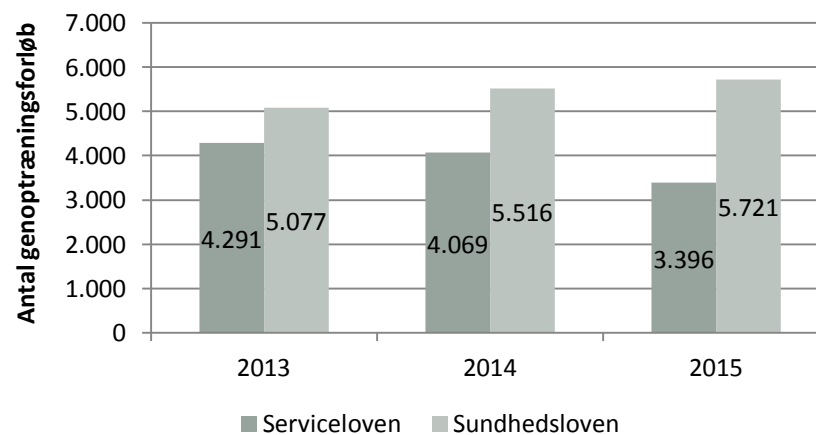
Forvaltningen har leveret 3.396 genoptræningsforløb efter Serviceloven for borgere over 65 år i 2015, hvilket er 17 % færre forløb end i 2014. Dette skyldes primært, at forvaltningen har forenklet de administrative arbejdsgange som led i tillidsdagsordenen, således at det kun sjældent er nødvendigt at bestille en terapeutfaglig udredning inden borgers genoptræningsforløb påbegyndes. De terapeutfaglige udredninger opgøres som selvstændige forløb, og derfor har reduktionen i disse medført, at der er færre genoptræningsforløb efter Serviceloven.

Figur 3 - Genoptræningsforløb efter Sundhedsloven for alle borgere



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

Figur 4 - Genoptræningsforløb for borgere over 65 år



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).



1.4 Brugernes vurdering af hjemmeplejen – frihed **BASELINE**

Brugerne har besvaret en række spørgsmål i brugerundersøgelserne, der indikerer, hvorvidt hjemmehjælpen bidrager til øget frihed hos de ældre.

Sådan måler vi

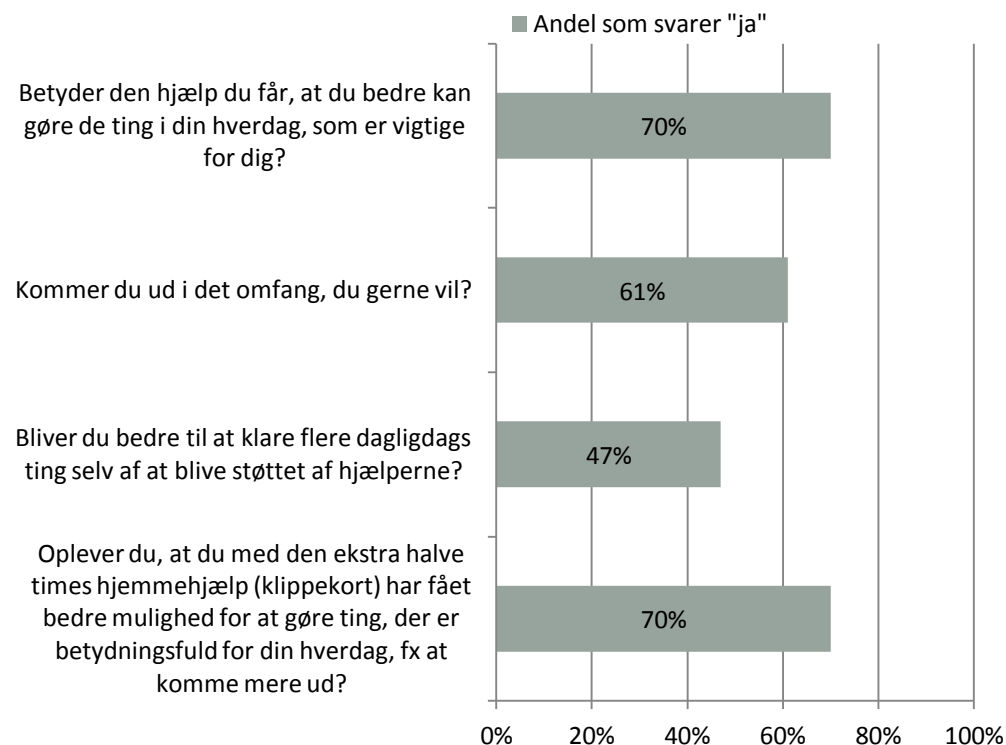
2.500 hjemmeplejemodtagere er i oktober 2015 interviewet telefonisk om deres oplevelse med at få hjemmehjælp fra kommunen.

70 %, af hjemmeplejemodtagerne oplever, at hjælpen bidrager til, at det bliver nemmere at gøre ting i hverdagen, som er vigtige for dem. 61 % føler, at de i tilpas omfang kommer udenfor deres egen bolig, mens 29 % gerne ville komme mere ud.

Knap halvdelen af alle hjemmeplejemodtagere (46 %) svarer i undersøgelsen, at de i forbindelse med hjælpen får støtte af hjælperne til at blive mere selvhjulpne. Halvdelen heraf (47 %) oplever en positiv effekt af denne støtte og svarer, at det gør dem bedre i stand til at klare dagligdags ting selv.

Klippekortet gives til de svageste hjemmeboende. 76 % af dem, som er bevilget denne hjælp, svarer, at de er klar over, at de får klippekortet. Blandt denne gruppe oplever 70 %, at den ekstra tid giver dem mulighed for at gøre ting, som er betydningsfulde for deres hverdag, f.eks. at komme mere ud. Klippekort på plejecentrene er indført fra d. 1. august 2015, og ordningen var ikke fuldt implementeret på tidspunktet for interviewene (oktober 2015). Det forklarer formentlig den forholdsvis lave andel af borgere, som har kendskab til og oplever gavn af tilbuddet.

Figur 5 – Brugernes vurdering af hjemmeplejen - frihed



Kilde: Brugerundersøgelse i hjemmepleje 2015



1.5 Brugernes vurdering af plejecentrene – frihed BASELINE

Beboere på plejecentrene har besvaret en række spørgsmål i brugerundersøgelserne, der indikerer, hvorvidt den hjælp de får på plejecentret bidrager til større frihed og mulighed for at leve det liv de ønsker.

Sådan måler vi

1.000 beboere fordelt på 39 plejecentre er i oktober 2015 interviewet personligt om deres oplevelse med at bo i en plejebolig.

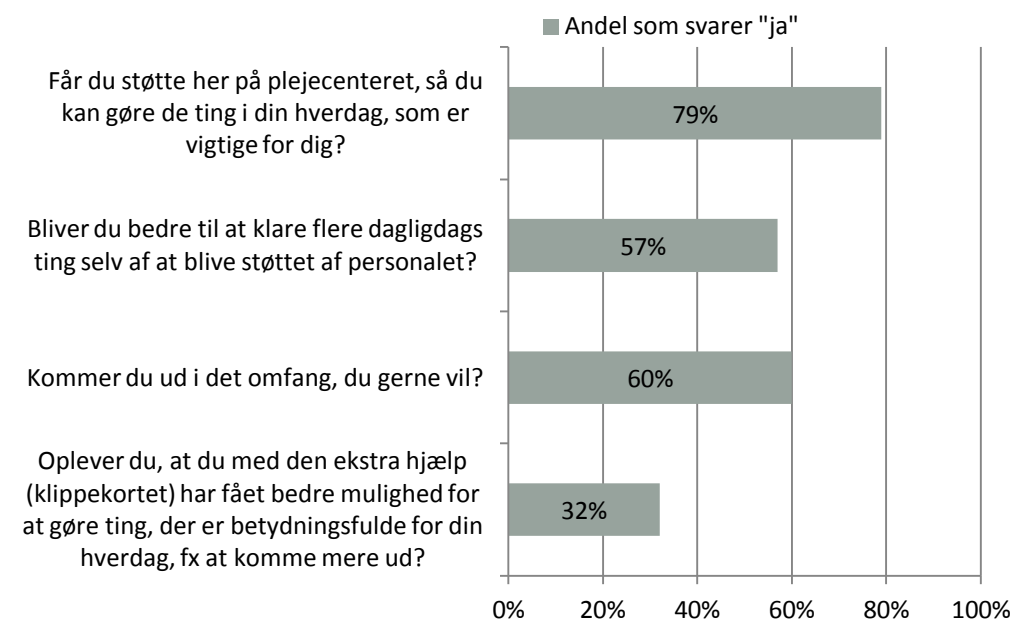
79 % af alle kommunens plejeboligbeboere oplever, at de får støtte af personalet, således at de kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dem.

Undersøgelsen viser, at 84 % af alle beboerne i kommunens plejeboliger oplever, at de får støtte af personalet til at kunne klare flest mulig daglige ting på egen hånd. Blandt alle der svarer, at de får støtte til at blive mere selvhjulpne, er det 57 %, som oplever, at det gør en positiv forskel.

Andelen af beboerne, som oplever at de kommer ud i tilstrækkeligt omfang, er 60 %, og dermed den samme som blandt hjemmeboende ældre.

I plejecentrene er det som udgangspunkt alle beboere, der får klippekortet. 58 % svarer, at de ved, at de får denne type hjælp, og her i blandt er det en tredjedel (32 %), som føler, at denne ekstra hjælp giver dem bedre mulighed for at gøre ting, som er betydningsfulde i deres hverdag, f.eks. at komme mere ud.

Figur 6 – Brugernes vurdering af plejecentrene - frihed



Kilde: Brugerundersøgelse i plejecentre 2015



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. Antallet forskellige hjælpere i borgernes hjem, da undersøgelser viser det er afgørende for borgernes oplevelse af sammenhæng og tryghed
2. Resultaterne af de kommunale tilsyn i hjemmeplejen, sygeplejen og på plejehjem
3. Resultaterne af embedslægens tilsyn på plejehjem
4. Hvor mange ventedage færdigbehandlede borgere har på hospitalerne
5. Hvor mange gange ældre borgere der indlægges med en forebyggelig diagnose
6. Hvor mange gange ældre borgere genindlægges inden for 30 dage
7. Hvor mange gange ældre borgere oplever en korttidsindlæggelse
8. Hvordan borgerne selv vurderer deres tryghed

Hvad viser udviklingen?

Generelt peger de fleste indikatorer på en uændret situation fra 2014-2015.

Ad 1. Antallet af hjælpere i borgerens hjem er uændret. Samtidigt peger brugerundersøgelserne på, at 34 % vurderer, at det oftest er de samme hjælpere, som kommer hos dem, hvor gennemsnittet for alle kommuner er 52 %. Forvaltningen vil intensivere indsatsen for mere fast hjælper med fokus på kulturforandring, styrkelse af kompetencer, hyppigere målinger og formidling af og opfølgning på resultaterne. Midler fra værdighedsmilliarden skal bidrage til den intensiverede indsats.

Ad 2. I hjemmesygeplejen blev én af de fem enheder ikke godkendt i 2015 – samme resultat som i 2014. For de øvrige områder blev alle enheder enten godkendt eller godkendt med mangler.

Ad 3. Resultaterne fra det sundhedsfaglige embedslægetilsyn er på niveau med resultaterne i 2014. På fem plejecentre har embedslægen fundet alvorlige fejl og mangler med risiko for patientsikkerheden. Der er afsat midler fra værdighedsmilliarden til en kvalitetsindsats på plejecentrene med de største kvalitetsproblemer.

Ad 4. Der er sket et betydeligt fald i antallet af dage, som borgere venter på hospitalerne fra 2014 til 2015. Københavns Kommune har derfor nu væsentligt 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 og genindlæggelser, men ligger på niveau mht. korttidsindlæggelser. En del af forskellen kan sandsynligvis forklares med en større sygelighed i København, bl.a. på grund af befolkningens socioøkonomiske sammensætning.



Ad 8. Resultaterne fra brugerundersøgelserne viser, at borgerne generelt oplever en høj grad af tryghed. 88 % af hjemmeplejemodtagerne føler sig trygge ved hjælperne. 92 % føler sig trygge på plejecentrene og trygge ved personalet på plejecentrene.

Kort om indlæggelser

I forvaltningens samarbejde med Region Hovedstaden måles der løbende på en række indikatorer om indlæggelser. Man har identificeret en række diagnoser, som vil kunne forebygges hos ældre borgere, fx dehydrering og urinvejsinfektioner, og der måles ligeledes på, hvor mange borgere der genindlægges inden for 30 dage. Færre forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser forudsætter bl. a. et styrket samarbejde mellem Region, kommune og almen praksis.

Gennem de seneste år har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen iværksat tiltag, som på forskellig vis understøtter overgangen mellem hospital og kommune og dermed søger at forebygge indlæggelser og genindlæggelser for de borgere, som forvaltningen er i kontakt med:

- Tværsektoriel udredningsenhed (TUE) mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Bispebjerg hospital har til formål at forebygge indlæggelse og udvikle det tværsektorielle samarbejde om den ældre medicinske patient. I 2016 videreudvikles konceptet hen mod en bredere model, hvor der både fokuseres på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.
- Udskrivningskoordinatorer som gennem dialog og koordination mellem de involverede parter sikrer det gode udskrivningsforløb, der gennem den rette hjælp kan forebygge genindlæggelser.
- Fremskudt visitation med tilstedeværelse af kommunens udskrivningskoordinatorer på Medicinsk Modtage afsnit (MMA) og udvalgte afdelinger på Bispebjerg hospital med henblik på at forebygge indlæggelse eller optimere borgernes indlæggelsesforløb.

- Forløbskoordination målrettet borgere med kronisk sygdom, gentagne indlæggelser og særligt behov for koordinering.
- Mulighed for intensiveret rehabilitering på et midlertidigt døgnophold med henblik på stabilisering og rehabilitering inden udskrivelse til eget hjem.
- ”Kom trygt hjem”, som er en intensiveret, tværfaglig indsats til støtte for den skrøbelige, utrygge, ældre borger efter udskrivelse fra hospital eller midlertidigt døgnophold.
- Forebyggelse af indlæggelser fra plejecentre og hjemmepleje ved tidlig opsporing, rettidig kommunikation og adækvat handling.



2.1 Antal forskellige hjælpere i borgers hjem →

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

Sådan måler vi

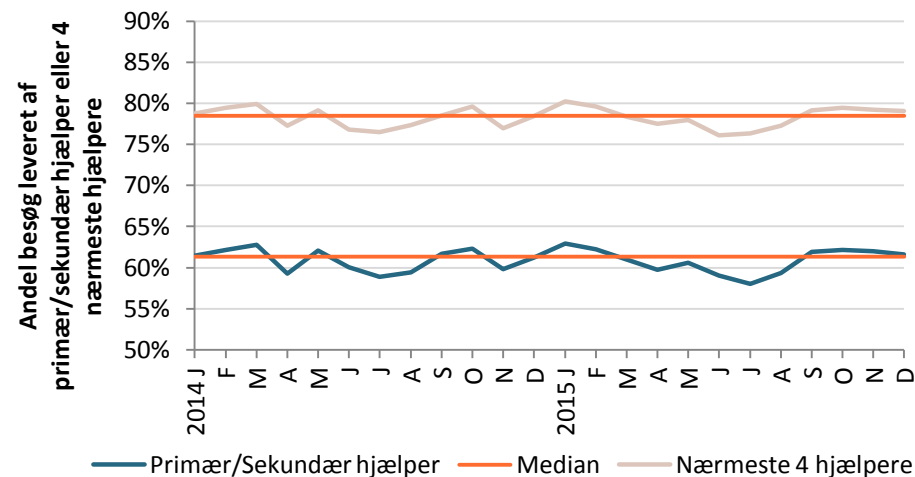
Andelen af besøg leveret af borgers primære eller sekundære hjælpere i den kommunale daghjemmepleje. Tallene er opgjort for borgere, der modtager hjemmepleje i mellem 1 og 12 timer om ugen.

Andelen af besøg i den kommunale daghjemmepleje, som er leveret af borgerens primære eller sekundære hjælpere, er stort set uændret fra januar 2014 til december 2015. I december 2015 blev 62 % af besøgene leveret af borgerens primære eller sekundære hjælpere - andelen har i perioden ligget mellem 58 % og 63 %.

Spørgsmålet om fast hjælpere belyses også i forvaltningens brugerundersøgelser. I 2015 er der stillet to nye spørgsmål om fast hjælpere i brugerundersøgelserne med dét formål at kunne sammenligne med andre kommuner. Københavns tal fra 2015 vedrørende fast hjælpere ligger lavere end landsgennemsnittet (fra 2014). 34 % af SUFs borgere svarer, at det oftest er de samme hjælpere, der kommer i deres hjem, mens det på landsplan er 52 %.

Trods et løbende fokus har andelen af hjemmeplejebesøg, der leveres af primær og sekundær hjælpere, været nogenlunde konstant fra 2008 til 2015. Forvaltningen har derfor undersøgt i en analyse i 2015, hvad der kan bidrage til, at forvaltningen leverer bedre på dette mål. Bl.a. med udgangspunkt heri iværksættes nu en mere intensiv indsats, finansieret af midler fra værdighedsmillionen, med fokus på kultur, kompetencer og hyppige målinger.

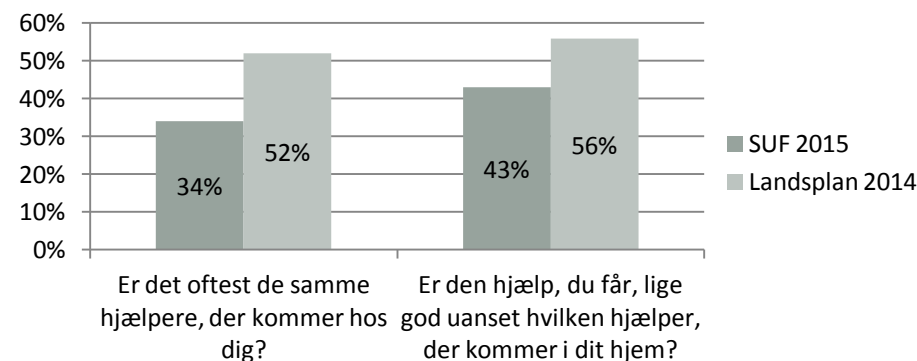
Figur 7- Andel besøg leveret af primær/sekundær hjælper eller 4 nærmeste hjælpere



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

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

Figur 8 – Brugernes vurdering af fast hjælpere i hjemmeplejen



Kilde: Brugerundersøgelse i hjemmeplejen 2015 og Landsdækkende brugerundersøgelse fra Økonomi- og Indenrigsministeriet 2014



2.2 Kommunale tilsyn →

Der gennemføres årligt uanmeldte tilsyn med plejecentre, privat og kommunal hjemmepleje, hjemmesygepleje samt midlertidige døgnopholdspladser. Formålet med tilsynene er at kontrollere og udvikle kvaliteten i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser. Tilsynene fokuserer på, hvorvidt borgerne får den hjælp, de har behov for og ret til, og om opgaverne udføres i overensstemmelse med kommunens retningslinjer for faglig kvalitet. Revisionsfirmaet BDO fører tilsyn på vegne af Københavns kommune.

Sådan måler vi

BDO gennemfører tilsynsbesøg hos tilfældigt udvalgte borgere. Ved besøgene gennemgås dokumentation, der observeres i borgernes hjem og der foretages interview med borgere og medarbejdere.

I hjemmesygeplejen blev én af de fem enheder ikke godkendt i 2015 – samme resultat som i 2014. For de øvrige områder blev alle enheder enten godkendt eller godkendt med mangler. I 2015 blev tre af kommunens fem hjemmeplejeenheder 'godkendt', mens de sidste to blev 'godkendt med mangler', hvilket er en lille tilbagegang i forhold til de to tidligere år. Ligeledes er der sket en tilbagegang på plejeboligområdet, hvor 74 % af enhederne blev 'godkendt' i 2015 – i 2014 var det 83 %. Forvaltningen forventer, at den nyetablerede, forstærkede kvalitetsindsats på plejecentre fremover vil have en positiv effekt på resultaterne af de kommunale tilsyn.

Figur 9 – Kommunale tilsyn

| | | Antal tilsyn | Godkendt | Godkendt med mangler | Ikke godkendt |
|-----------------------------|------|--------------|----------|----------------------|---------------|
| <i>Plejecentre</i> | | | | | |
| | 2013 | 43 | 86% | 12% | 2% |
| | 2014 | 42 | 83% | 17% | 0% |
| | 2015 | 42 | 74% | 26% | 0% |
| <i>Hjemmehjælp</i> | | | | | |
| | 2013 | 5 | 100% | 0% | 0% |
| | 2014 | 5 | 80% | 20% | 0% |
| | 2015 | 5 | 60% | 40% | 0% |
| <i>Hjemmesygepleje</i> | | | | | |
| | 2013 | 5 | 40% | 60% | 0% |
| | 2014 | 5 | 20% | 60% | 20% |
| | 2015 | 5 | 20% | 60% | 20% |
| <i>Private leverandører</i> | | | | | |
| | 2013 | 13 | 31% | 69% | 0% |
| | 2014 | 2 | 50% | 50% | 0% |
| | 2015 | 1 | 0% | 100% | 0% |

Kilde: BDO tilsynsrapporter

Note: i 2013 blev der foretaget tilsyn med 13 private leverandører. I 2014 var der 2 private leverandører, og i 2015 var der kun én privat leverandør.



2.3 Embedslægetilsyn med plejecentre →

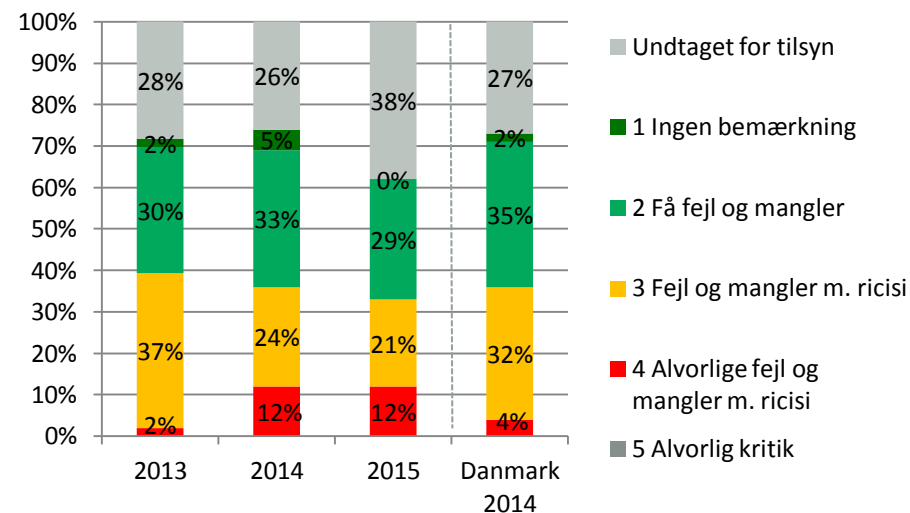
Embedslægen gennemfører årligt uanmeldte tilsyn med kommunens plejecentre. Klarer et plejecenter sig tilfredsstillende ved tilsynet (dvs. kategori 1 eller 2), springes tilsynet det følgende år over. Formålet med embedslægetilsyn er at medvirke til at forbedre den sundhedsmæssige indsats over for de ældre på plejecentre. Den sundhedsmæssige indsats omhandler håndtering af medicin samt sygeplejefaglig dokumentation.

Sådan måler vi

Embedslægen gennemgår først og fremmest den sundhedsfaglige dokumentation og kontrollerer medicinhåndteringen. Der gennemføres tilsyn med et tilfældigt udvalg af borgere på plejecentret, antallet af borgere afspejler plejecentrets størrelse.

Både i 2014 og 2015 er der 5 plejecentre, der har fået tilsyn i kategori 4 med alvorlige fejl og mangler. Samtidig er andelen af på plejehjem uden patientsikkerhedsmæssige risici (dvs. kategori 1 og 2) fastholdt fra 2013 til 2015. Københavns Kommune ligger under landsgennemsnittet i 2014, idet kommunen har en større andel i kategori 4. Forvaltningen har imidlertid også en større andel plejecentre, der er undtaget fra tilsyn. Landstallene for 2015 foreligger endnu ikke, men det må forventes, at Københavns Kommune også i 2015 ligger under landsgennemsnittet.

Figur 10 – Embedslægetilsyn med plejeboliger



Kilde: Embedslægens tilsynsresultater.

Note: Kriterierne for undtagelse for tilsyn er lempet noget i 2015.

På baggrund af de kvalitetsproblemer, som bl.a. Embedslægetilsynene har peget på, er der afsat midler fra "Værdighedsmilliarden" til en kvalitetsindsats på plejecentrene med de største kvalitetsproblemer. Indsatsen består i et målrettet kompetenceforløb med henblik på at fremme arbejdet med kvalitetsforbedringer. Indsatsen bygger på nye anerkendte metoder, som med stor succes er anvendt i andre kommuner, i projektet "I sikre hænder".



2.4 Ventedage for færdigbehandlede borgere

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

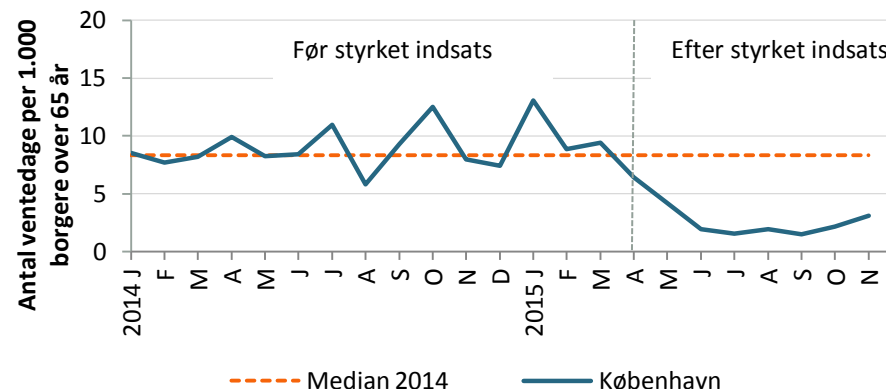
Sådan måler vi

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

I 2015 er der sket et markant fald i antallet af dage, færdigbehandlede borgere over 65 år ventede på at blive hjemtaget. Der var i alt 3.252 ventedage i 2015 (januar-november) for borgere over 65 år, mens der i hele 2014 var i alt 6.237 ventedage. I 2015 var der 15 tilfælde, hvor en borger ventede mere end 14 dage på hospitalet efter udskrivning. Fra april 2015 var antallet af ventedage pr. 1.000 borgere over 65 år lavere i Københavns Kommune end i Region Hovedstaden som helhed.

Den positive udvikling kommer efter at forvaltningen har iværksat en række tiltag i 2015 for at reducere ventedagene. Foruden at antallet af midlertidige døgnpladser er blevet øget, er flowet på de midlertidige døgnpladser forbedret, ved at der er blevet implementeret forløb, der varer maksimalt 4 uger. Desuden har forvaltningen implementeret intensiveret rehabiliterende pleje og træning på de midlertidige døgnpladser. Ligeledes har indsatsen ”Kom Trygt Hjem” understøttet den gode udskrivning af borgere til eget hjem. Endelig har forvaltningen udviklet samarbejdet med hospitalerne, med henblik på hurtigere fælles afklaring af borgernes behov i forbindelse med udskrivning fra hospitalet. Forvaltningen fortsætter fokus på disse initiativer i 2016.

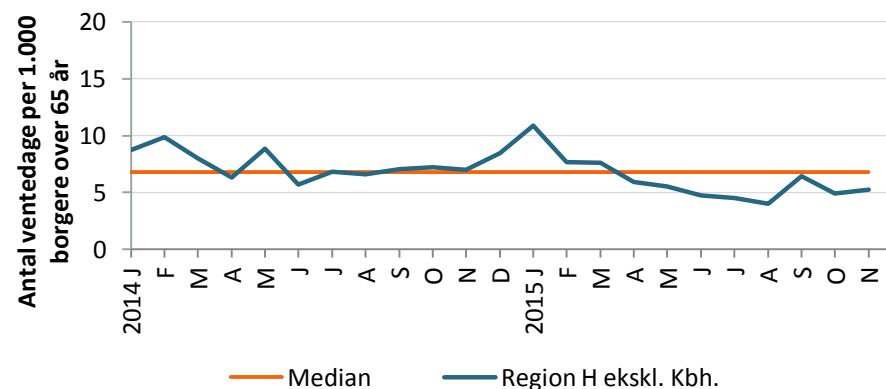
Figur 11 – Ventedage for borgere over 65 år i Københavns Kommune



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Der mangler data for december måned, da KØS ikke er blevet opdateret endnu.

Figur 12 – Ventedage Region Hovedstaden ekskl. København



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Der mangler data for december måned, da KØS ikke er blevet opdateret endnu.



2.5 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

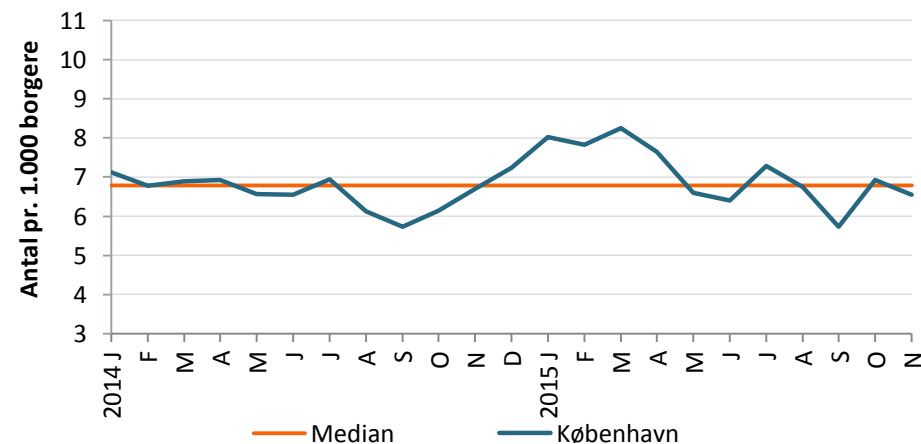
Antallet af forebyggelige indlæggelser er opgjort per 1.000 borgere over 65 år bosiddende i Københavns kommune. I opgørelsen indgår borgere, som har været i kontakt med et offentligt hospital.

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

I 2015 (januar-november) var der i alt 4.699 forebyggelige indlæggelser for borgere over 65 år bosiddende i Københavns Kommune. Det svarer til 78,5 indlæggelser per 1.000 borgere over 65 år i København i denne periode. I 2014 var der 4.734 forebyggelige indlæggelser for denne gruppe. Antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere er forholdsvist stabilt over året.

Antallet af forebyggelige indlæggelser er højere i Københavns Kommune end gennemsnittet for de øvrige kommuner i Region Hovedstaden, og ligger ligeledes over gennemsnittet for 6-byerne og landsgennemsnittet (ikke illustreret). Forvaltningen gennemførte ultimo 2015 en analyse der viste, at en del af denne forskel sandsynligvis kan forklares med en større sygelighed i København, bl.a. på grund af befolkningens socioøkonomiske sammensætning.

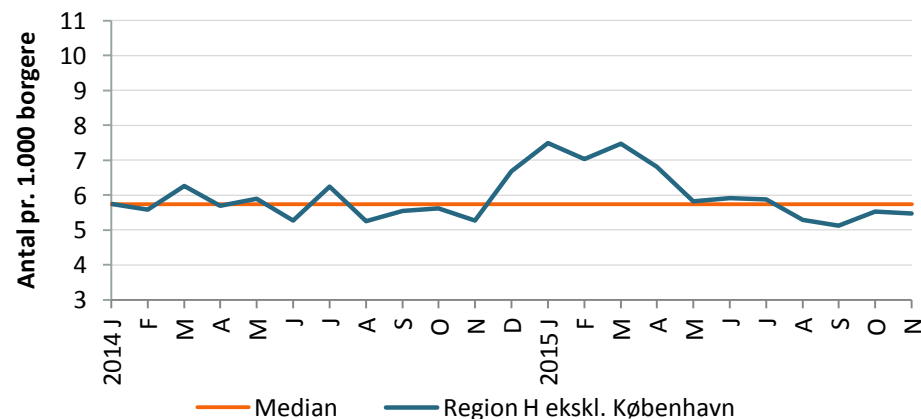
Figur 13 - Forebyggelige indlæggelser for borgere i Københavns Kommune – alle borgere over 65 år



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Der mangler data for december måned, da KØS ikke er blevet opdateret endnu.

Figur 14 – Forebyggelige indlæggelser for borgere i Region Hovedstaden ekskl. København – alle borgere over 65 år



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Der mangler data for december måned, da KØS ikke er blevet opdateret endnu.



2.6 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 figuren ovenfor viser antallet af forebyggelige indlæggelser blandt alle borgere over 65 år, viser næste figur 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-november 2015 var der 2.811 forebyggelige indlæggelser for kendte borgere over 65 år i kommunen. I tilsvarende periode i 2014 var der 2.573 forebyggelige indlæggelser.

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

I arbejdet med at forebygge indlæggelser fra plejecentre og hjemmepleje har forvaltningen særligt fokus på at øge den faglige kvalitet, blandt andet gennem:

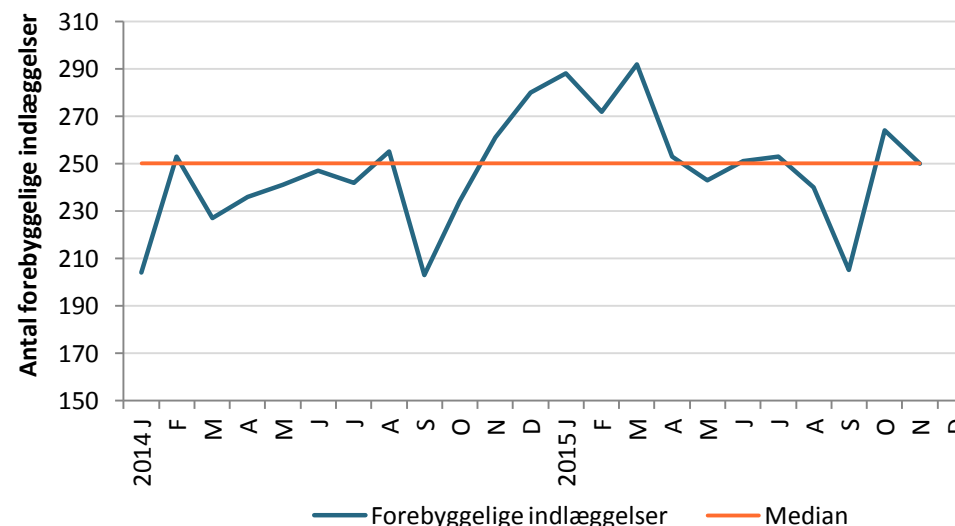
- Forbedring af medicinbehandling
- Bedre sundhedsfaglig dokumentation

- Det faglige værktøj PPS (Praktiske Procedurer i Sygeplejen), som gennem tekst, illustrationer og videoer giver medarbejdere adgang til beskrivelser af procedurer og den nyeste evidensbaserede viden.

Hertil arbejdes der med konkrete indsatser, hvor fokus er at forebygge indlæggelser ved at understøtte observation af tegn på forandringer i borgernes tilstand, kommunikation af observerede tegn og adækvat handling på baggrund heraf.

Forvaltningen har iværksat en række øvrige tiltag for at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser – disse er beskrevet på side 14.

Figur 15 - Forebyggelige indlæggelser - kendte borgere over 65 år



Kilde: Berigede data fra eSundhed

Note: Der mangler data for december måned, da KØS ikke er blevet opdateret endnu.

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



2.7 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.

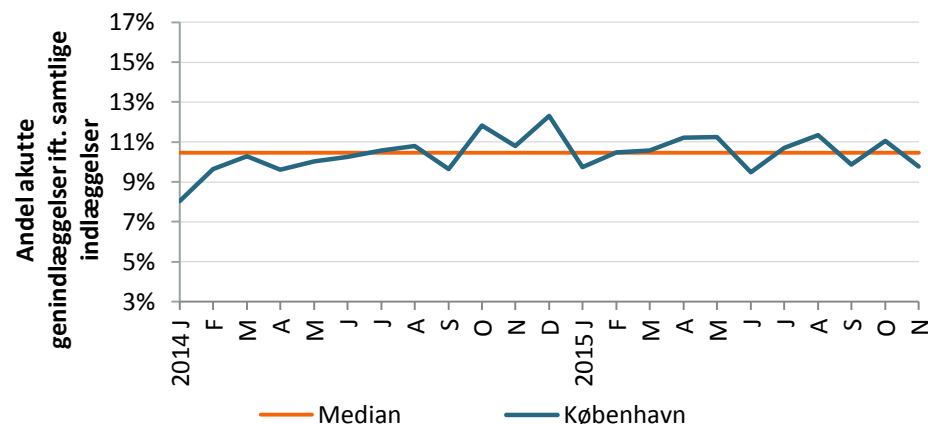
I perioden januar-november 2015 var der 3.187 genindlæggelser af borgere over 65 år i Københavns Kommune. I 2014 var der 3.390 genindlæggelser.

Andelen af akutte genindlæggelser – set i forhold til samtlige indlæggelser for borgere over 65 år – er forholdsvis stabilt i perioden januar 2014-november 2015. Andelen ligger mellem 8,0 % og 12,3 % i perioden, og variationen kan skyldes, at der er sæsonudsving. Niveaulet i København ligger over gennemsnittet af de øvrige kommuner i Region Hovedstaden.

Genindlæggelser drejer sig om alle typer genindlæggelser og ikke alene de forebyggelige genindlæggelser. Der vil således være en stor andel af genindlæggelser, som skyldes forhold, der ligger udenfor kommunens ansvarsområde.

Forvaltningen har iværksat en række tiltag for at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser – disse er beskrevet på side 14.

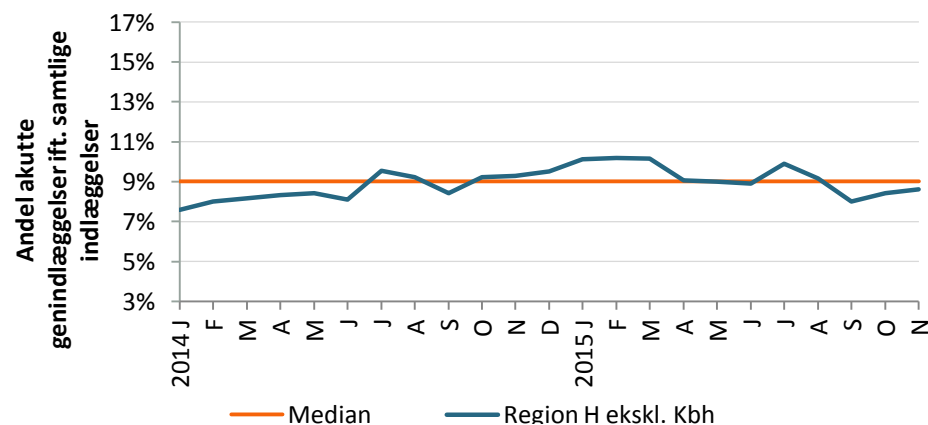
Figur 16 – Genindlæggelser for borgere over 65 år i Københavns Kommune



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Der mangler data for december måned, da KØS ikke er blevet opdateret endnu.

Figur 17 – Genindlæggelser for borgere over 65 år i Region Hovedstaden ekskl. København



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Der mangler data for december måned, da KØS ikke er blevet opdateret endnu.



2.8 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.

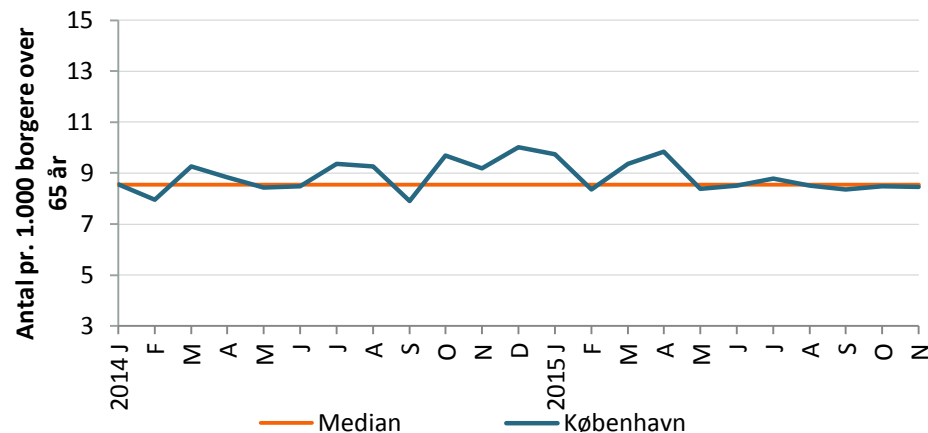
I perioden januar-november 2015 var der 5.831 korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i kommunen. I 2014 var der 6.354 korttidsindlæggelser for denne gruppe borgere.

Antallet af korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere over 65 år i København ligger forholdsvist stabilt i perioden januar 2014-november 2015. Der er relativt flere korttidsindlæggelser i København end i 6-byerne, men København ligger 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 en stor andel af korttidsindlæggelser, som skyldes forhold, der ligger udenfor kommunens ansvarsområde.

Forvaltningen har iværksat en række tiltag for at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser – disse er beskrevet på side 14.

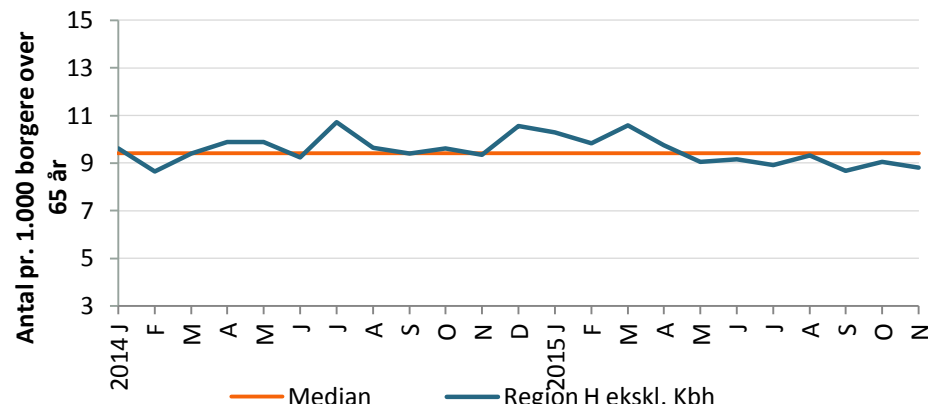
Figur 18 – Korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i Københavns Kommune



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Der mangler data for december måned, da KØS ikke er blevet opdateret endnu.

Figur 19 – Korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i Region Hovedstaden ekskl. Københavns Kommune



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Der mangler data for december måned, da KØS ikke er blevet opdateret endnu.



2.9 Brugernes vurdering af hjemmeplejen – tryghed **BASELINE**

Brugerne har besvaret en række spørgsmål, der indikerer, hvorvidt hjemmeplejen bidrager til øget tryghed hos de ældre.

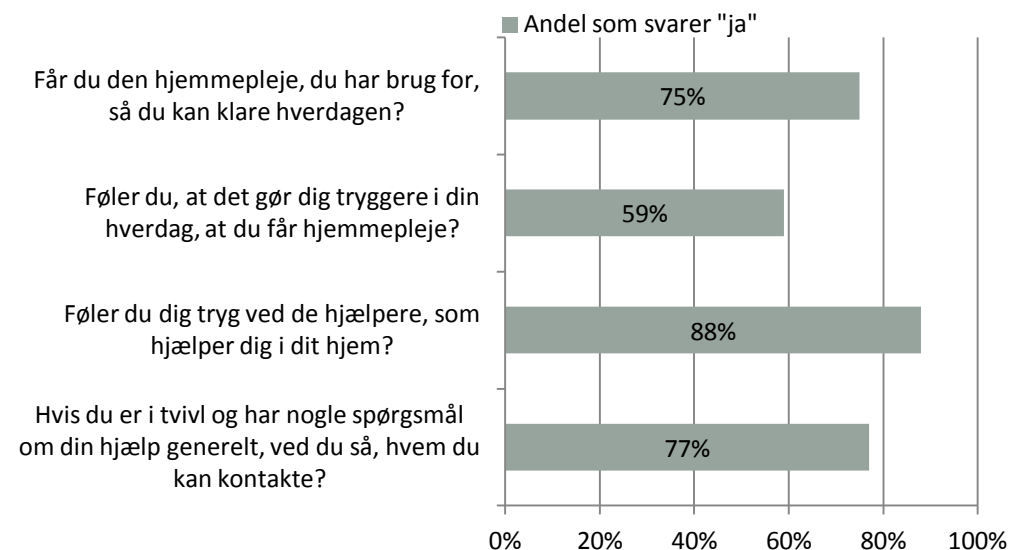
Sådan måler vi

2.500 hjemmeplejemodtagere er i oktober 2015 interviewet telefonisk om deres oplevelse med at få hjemmehjælp fra kommunen.

75 % af de hjemmeplejemodtagende ældre svarer, at de får den hjælp, de har brug for, så de kan klare hverdagen. Knap 60 % oplever, at det at de får hjemmepleje betyder, at de føler sig tryggere i hverdagen, mens størstedelen af alle de ældre hjemmeplejemodtagere (88 %) svarer, at de føler sig trygge ved de hjælpere, som kommer i deres hjem.

Blandt de ældre, der modtager hjemmehjælp, er det 77 %, der ved hvem de kan kontakte, hvis de er usikre eller har spørgsmål til deres hjælp. 17 % ved ikke, hvem de skal spørge, eller hvor de kan ringe hen.

Figur 20 – Brugernes vurdering af hjemmeplejen – tryghed



Kilde: Brugerundersøgelse i hjemmeplejen 2015



2.10 Brugernes vurdering af plejecentrene – tryghed **BASELINE**

Beboere på plejecentrene har besvaret en række spørgsmål, der indikerer, hvorvidt de rammer som plejecentret udgør, og den hjælp de får her, bidrager til, at de ældre borgere føler sig trygge.

Sådan måler vi

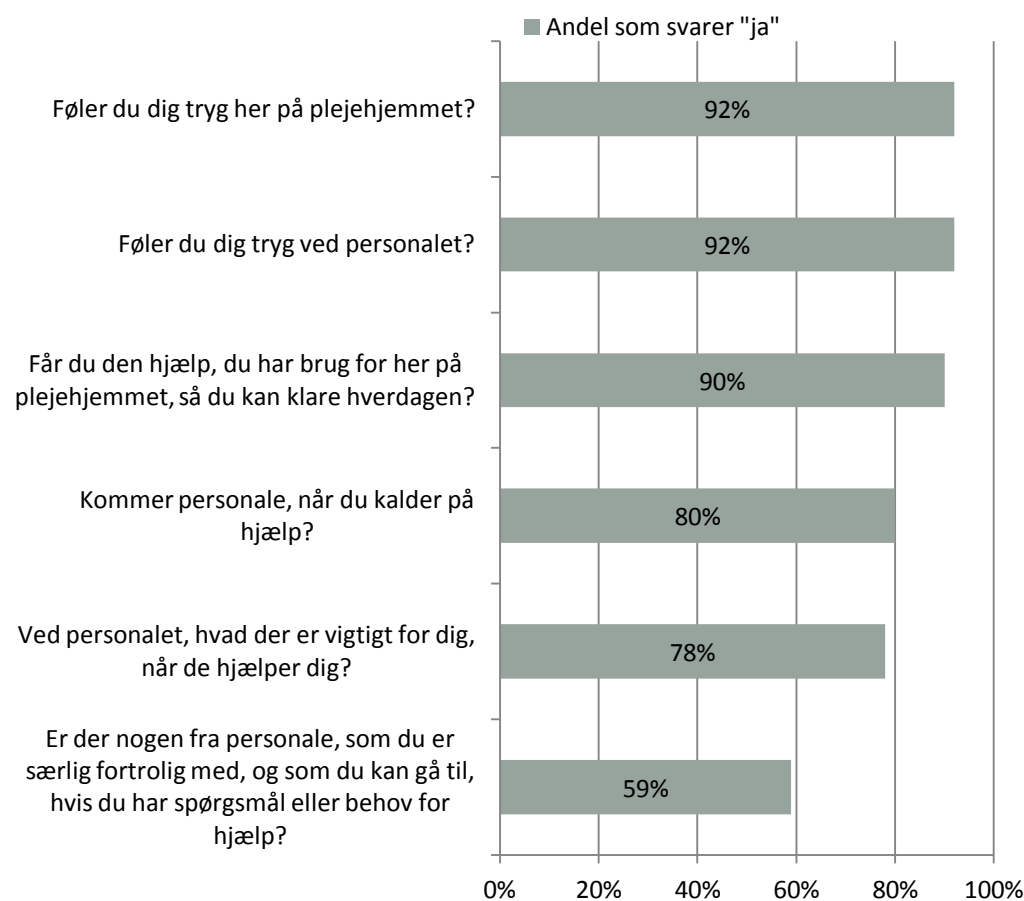
1.000 beboere fordelt på 39 plejecentre er i oktober 2015 interviewet personligt om deres oplevelse med at bo i en plejebolig.

92 %, og dermed størstedelen af beboerne, svarer, at de føler sig trygge ved at bo på plejecentret, samt at de føler sig trygge ved personalet. Cirka samme andel oplever, at de får den hjælp, de har brug for til at kunne klare hverdagen.

Spørgsmålet om, hvorvidt personalet kommer, når beboerne kalder på hjælp, kan ligeledes ses som en indikator for graden af tryghed. Her er det også flertallet, dog lidt færre – 80 % – som svarer positivt. 14 % svarer ”både-og” og 3 % svarer ”nej”.

78 % svarer, at personalet ved, hvad der er vigtigt for beboeren i forbindelse med hjælpen, mens 59 % føler, at der er én blandt personalet, som de er særligt fortrolige med og kan gå til, hvis de har spørgsmål eller behov for hjælp. 36 % har ikke nogen blandt personalet, som de har et sådant forhold til. Forvaltningen forventer, at implementering af klippekort på plejecentre vil understøtte muligheden for at, at borgerne kan opleve fortrolighed med en medarbejder. En del borgere på plejecentre vælger samvær med en medarbejder, når de anvender klip fra klippekortet.

Figur 21 – Brugernes vurdering af plejecentrene - tryghed



Kilde: Brugerundersøgelse i plejecentre 2015

3. Medborgerskab hele livet

Engang betragtede man alderdommen som en særlig fase i livet, hvor ro og tilbagetrukkethed var idealet. Sådan er det ikke længere. I dag vil københavnere ikke tilbringe deres ældre år som et kapitel for sig. De vil kunne fortsætte tilværelsen med de samme muligheder for at deltage i og bidrage til det omgivende samfund. Københavns Kommune skal støtte københavnere i at fortsætte det gode liv med de vilkår og udfordringer, som alderen medfører.

Kommunen skal skabe rammerne for, at alle medborgere i København – unge som gamle – kan bringe deres ressourcer i spil til glæde for sig selv og andre.

Et aktivt medborgerskab øger livskvaliteten og virker forebyggende i forhold til ensomhed, fysisk og psykisk sygdom og giver dermed flere gode leveår til københavnere. At være medborger i København betyder også at bruge byens mange rum og muligheder. København er kåret som verdens bedste by at leve i. Det skal man også opleve som ældre københavnere.

For at måle udviklingen måler forvaltningen på:

1. Borgernes vurdering af kommunens hjemmepleje mht. medborgerskab
2. Borgernes vurdering af kommunens aktivitetstilbud mht. medborgerskab
3. Borgernes vurdering af kommunens plejecentre mht. medborgerskab
4. Borgernes oplevelse af ensomhed

Forvaltningen har i øjeblikket kun et begrænset datagrundlag til at belyse medborgerskab, men vil løbende forsøge at skaffe bedre dokumentation i forhold til brug af frivillige tilbud mv.

Hvad viser udviklingen?

Ad 1. I alt 7 % af de hjemmeplejemodtagende ældre giver i brugerundersøgelserne udtryk for, at de ønsker kommunens hjælp til at få kontakt til frivillige foreninger. Disse borgere efterspørger særligt muligheden for mere kontakt til andre mennesker.

Ad 2. 87 % af borgerne på aktivitetstilbud vurderer, at aktivitetstilbuddet giver dem mulighed for den slags samvær med andre mennesker, som de ønsker. 95 % vurderer, at de har glæde af de aktiviteter, de deltager i.

Ad 3. Cirka en tredjedel af beboerne (30 %) vil gerne have hjælp fra personalet til at få mere kontakt til andre beboere på plejecentret, mens 13 % ønsker hjælp fra personalet til at få kontakt til frivillige foreninger.

Ad 4. Andelen af hjemmeplejemodtagende ældre, der føler sig uønsket alene, har været forholdsvis stabil gennem de seneste år. Der er mindre udsving fra år til år, særligt på plejeboligområder. I brugerundersøgelserne for 2015 svarer 9 % af de ældre, at de "ofte" føler sig uønsket alene. På plejecentrene svarer 5 %, at de ofte er alene, selvom de har mest lyst til at være sammen med andre, mens det på aktivitetscentre er 7 %.

I 2013 er andelen af ensomme opgjort for alle borgere over 65 år i hhv. Region Hovedstaden og landet som helhed. I Region Hovedstaden er det 6 % af de ældre, der "ofte" føler sig uønsket alene, mens det på landsplan er 8 %. Andelen af ældre i København – som modtager hjemmepleje, bor på plejecentre eller går i aktivitetstilbud - der "ofte" føler sig uønskede alene, er således nogenlunde på niveau med gennemsnittet for alle ældre i hhv. hele landet og Region Hovedstaden.

Kort om ensomhed

Forvaltningen har indgået partnerskaber og samarbejde med en lang række frivillige organisationer om arbejdet med at forebygge ensomhed og isolation



blandt ældre mennesker i København. Partnerskaberne skal være med til at sikre, at der er en bred vifte af tilbud afhængig af, hvilke ønsker og behov borgerne har.

Forvaltningen har desuden igangsat en række aktiviteter, som skal skærpe lederes og medarbejderes opmærksomhed på evt. ensomhed blandt hjemmehjælpsmodtagere og borgere på plejecentre.

3.1 Brugernes vurdering af hjemmeplejen - medborgerskab

Brugerne har i undersøgelsen besvaret enkelte spørgsmål, der handler om eller berører temaet medborgerskab.

Sådan måler vi

2.500 hjemmeplejemodtagere er i oktober 2015 interviewet telefonisk om deres oplevelse med at få hjemmehjælp fra kommunen.

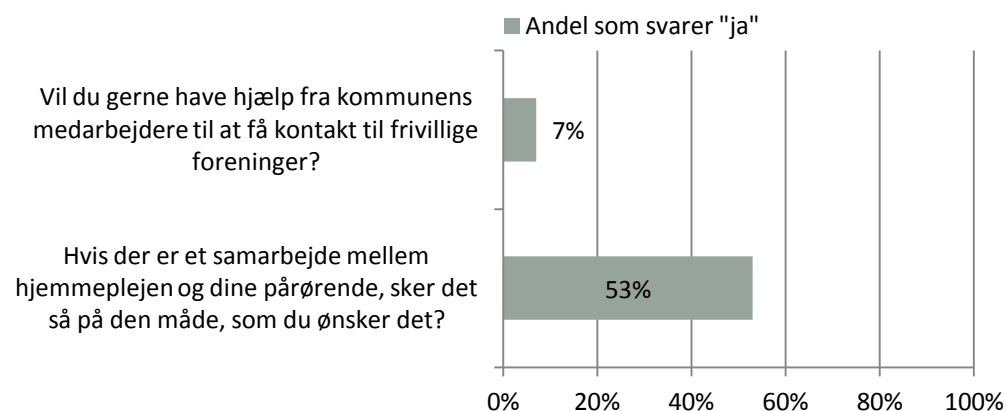
I alt 7 % af de hjemmeplejemodtagende ældre giver udtryk for, at de ønsker kommunens hjælp til at få kontakt til frivillige foreninger. Disse borgere efterspørger særligt muligheden for mere kontakt til andre mennesker, bl.a. via en besøgsven, men også viden om hvilke klubtilbud eller andet, der findes for ældre, med mulighed for at møde andre mennesker og tage del i aktiviteter sammen med andre.

66 % af de ældre har svaret, at der ikke er et samarbejde mellem hjemmeplejen og deres pårørende. Blandt de 44 % af hjemmeplejemodtagerne, hvor der er et samarbejde mellem hjemmeplejen og deres pårørende, svarer 53 %, at samarbejdet sker på den måde, som de ønsker.

Andelen af hjemmeplejemodtagende ældre, der føler sig uønsket alene, har været forholdsvis stabil gennem de seneste år. 9 % svarer i 2015, at de "ofte" savner nogen at være sammen med.

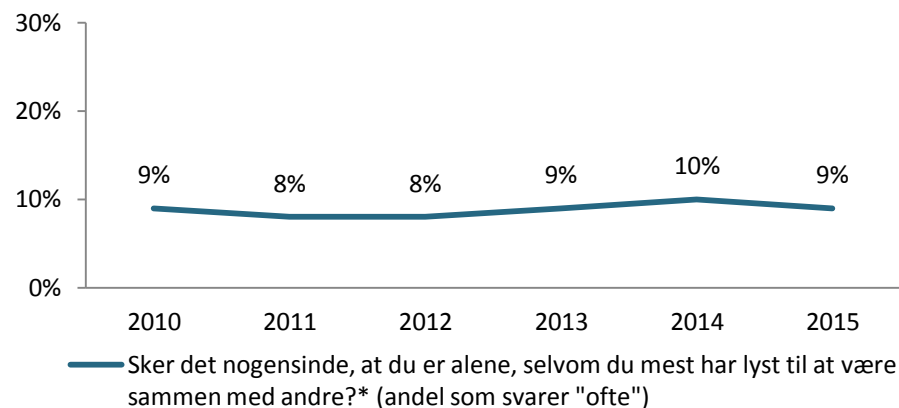
I 2013 svarede 6 % af de ældre i Region Hovedstaden – i dette tal indgår også borgere, der ikke modtager hjemmepleje - at de "ofte" savner nogen at være sammen med. For landet som helhed var det 8 %.

Figur 22 – Brugernes vurdering af hjemmeplejen - medborgerskab



Kilde: Brugerundersøgelse i hjemmepleje 2015

Figur 23 – Brugernes oplevelse af ensomhed - hjemmeplejen



Kilde: Brugerundersøgelse i hjemmepleje 2015

*I 2015 er spørgsmålsformuleringen ændret en smule, hvilket man skal være opmærksom på ved sammenligning med de tidligere år. Spørgsmålet, der er stillet, lyder: "Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?"

3.2 Brugernes vurdering af aktivitetstilbud - medborgerskab **BASE-LINE**

Formålet med kommunens aktivitetstilbud er at skabe rammer, hvor ældre kan mødes og opleve muligheden for meningsfulde aktiviteter og positive sociale relationer. Aktivitetscentrene kan således ses som et kommunalt tilbud, der understøtter muligheden for at mødes som medborgere i byen og knytte relationer eller fastholde eksisterende.

En dagligdag, der er præget af følelsen af meningsfuld beskæftigelse og positivt samvær med andre mennesker, indvirker - statistisk set - positivt på menneskers helbred og egen vurdering af størrelser som livskvalitet og ensomhed.

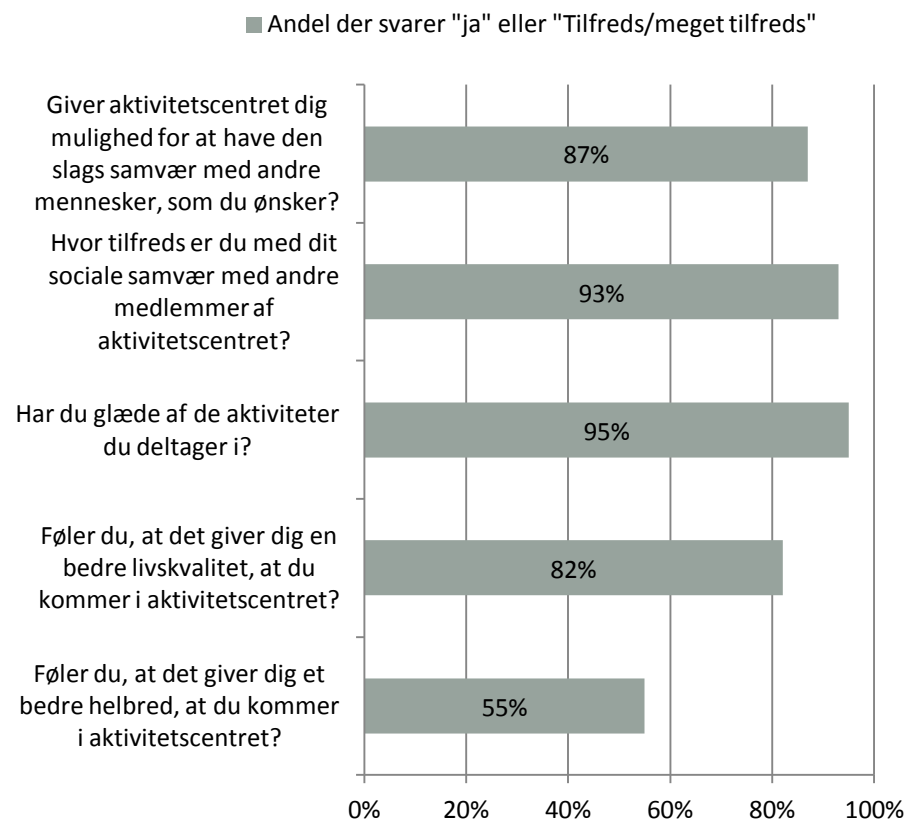
Sådan måler vi

Godt 500 medlemmer af kommunens aktivitetscentre er i november 2015 interviewet telefonisk om deres oplevelse med at komme i aktivitetscentret.

87 % svarer, at aktivitetstilbuddene giver dem mulighed for at have den type samvær med andre mennesker, som de ønsker. 93 % er tilfredse med det sociale samvær, de har med de andre medlemmer i centrene.

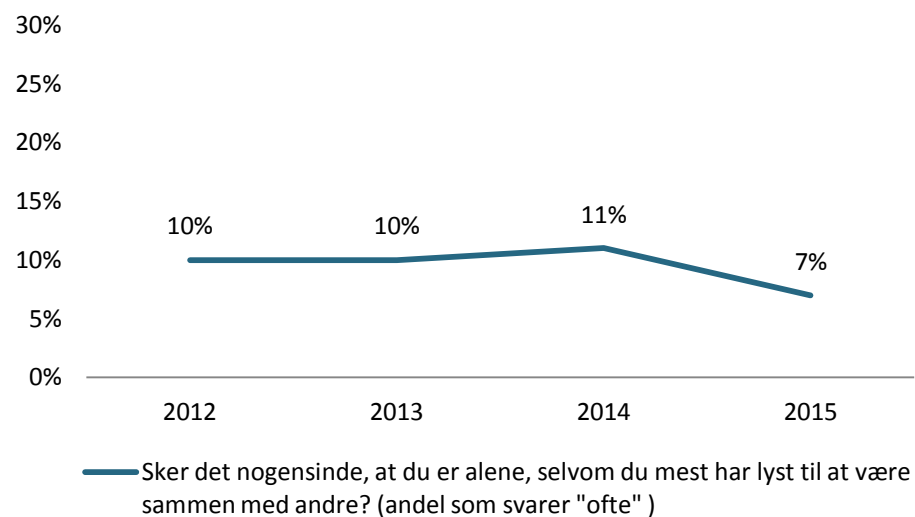
95 % svarer, at de har glæde af de aktiviteter, de deltager i. 82 % svarer, at det giver dem en bedre livskvalitet, at de kommer i aktivitetscentret, mens 55 % oplever, at deres helbred bliver bedre som følge her af.

Figur 24 – Brugernes vurdering af aktivitetscentre - medborgerskab



Kilde: Brugerundersøgelse i aktivitetstilbud 2015

Figur 25 – Brugernes oplevelse af ensomhed - aktivitetscentre



Kilde: Brugerundersøgelse i aktivitetstilbud 2015

I brugerundersøgelserne spørges til, hvor ofte brugerne af aktivitetstilbud føler sig uønsket alene. Tallene viser, at andelen af ældre der svarer, at de "ofte" føler sig uønsket alene, er nogenlunde den samme blandt den gruppe, som kommer i et aktivitetstilbud og gruppen af hjemmeplejemodtagere. Ensomheden for gruppen af borgere, der kommer i aktivitetstilbud, er i 2015 på niveau med ensomheden blandt alle borgere over 65 år i hhv. Region Hovedstaden (6 %) og på landsplan (8 %), som blev målt i 2013.

3.3 Brugernes vurdering af plejecentrene - medborgerskab

Borgerne har i brugerundersøgelsen besvaret enkelte spørgsmål, der handler om temaet medborgerskab.

Sådan måler vi

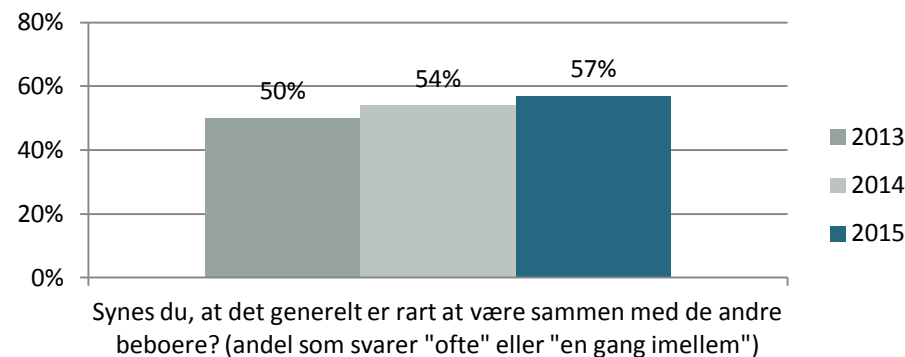
1.000 beboere fordelt på 39 plejecentre er i oktober 2015 interviewet personligt om deres oplevelse med at bo i en plejebolig.

I brugerundersøgelserne bliver borgerne på plejecentrene spurgt om de generelt synes, at det er rart at være sammen med de andre beboere. I 2015 svarede hver femte (19 %), at de ikke synes, at det er rart at være sammen med de andre, mens 23 % siger "både-og".

41 % oplever, at de har nogen, som de er særligt fortrolige med og kan gå til, hvis de har behov for at tale om personlige ting. 58 % har ikke denne oplevelse. Cirka en tredjedel af beboerne (30 %) vil gerne have hjælp fra personalet til at få mere kontakt til andre beboere på plejecentret, mens 13 % ønsker hjælp fra personalet til at få kontakt til frivillige foreninger. Forvaltningen forventer, at klippekort på plejecentrene på sigt vil påvirke beboernes oplevelse af muligheden for at udvikle relationer, som også rummer mulighed for fortrolighed.

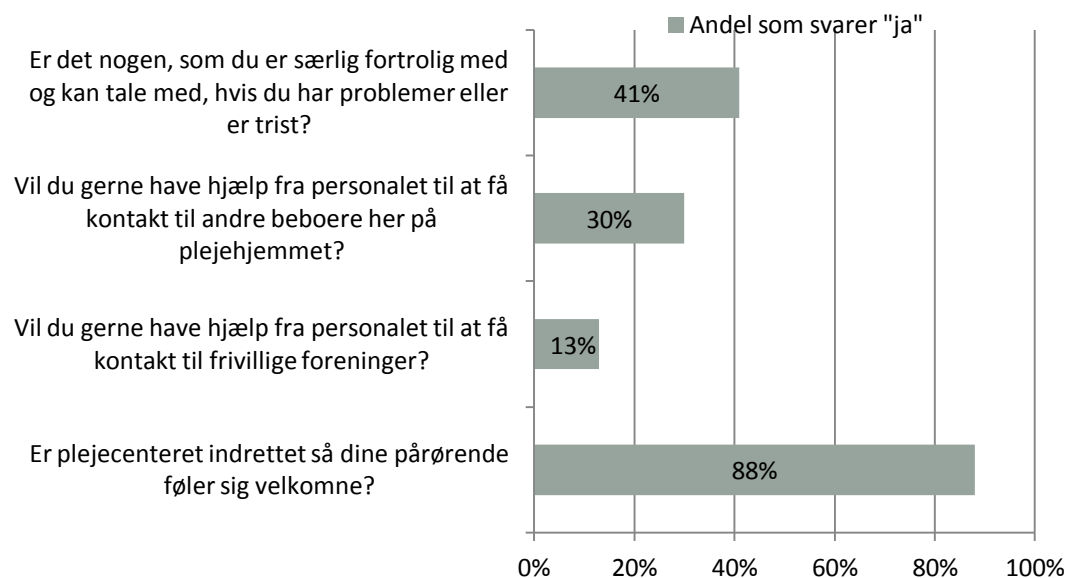
Størstedelen af beboerne (88 %) svarer, at plejecentret er indrettet, så deres pårørende føler sig velkomne.

Figur 26 – Brugernes udbytte af samvær med andre beboere - plejecentre



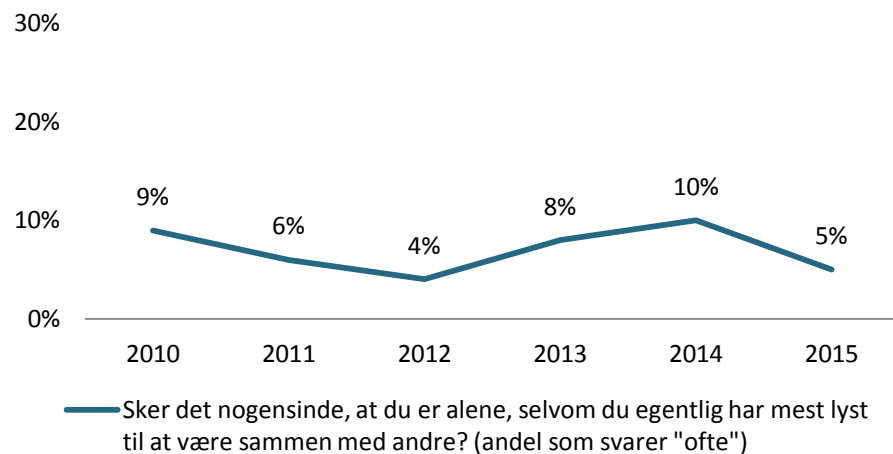
Kilde: Brugerundersøgelse i plejecentre 2015

Figur 27 – Brugernes vurdering af plejecentrene – medborgerskab



Kilde: Brugerundersøgelse i plejecentre 2015

Figur 28 – Brugernes oplevelse af ensomhed - plejecentre



Kilde: Brugerundersøgelse i plejecentre 2015

5 % af beboerne svarer i brugerundersøgelserne for 2015, at de ofte savner nogen at være sammen med. I 2015 er ensomheden blandt beboere på plejecentre i Københavns Kommune således mindre end ensomheden blandt alle borgere over 65 år i hhv. Region Hovedstaden (6 %) og på landsplan (8 %), som blev målt i 2013 – hvor der også indgår borgere, der ikke bor på plejecenter. Andelen af beboere på plejecentrene, der "ofte" føler sig uønsket alene, varierer imidlertid lidt fra år til år; andelen ligger i perioden 2010-2015 på mellem 4 % og 10 %.



4. 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, fx forløb for borgere med KOL og diabetes
2. Antal borgere, der har deltaget i et borgerrettet forebyggelsesforløb, fx forløb for overvægtige
3. Dækningsgrader for borgerrettet forebyggelse
4. Effekt af rygestopkurserne
5. Rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere

Der er primo 2016 vedtaget en ny retning i arbejdet med patient- og borgerrettet forebyggelse. Forvaltningen vil arbejde for at etablere et datagrundlag, der matcher de nye strukturer og tilgange på området.

Hvad viser udviklingen?

Ad 1. Sundheds og Omsorgsforvaltningen har leveret 2.240 patientrettede forløb for borgere med enten KOL, hjertekarsygdomme eller diabetes. Dette er på niveau med tidligere år.

Ad 2. Der har været flere borgere i rygestopforløb og til samtale om alkohol, mens færre borgere har deltaget i dialogmøder med etniske sundhedsformidlere.

Ad 3. I 2015 har ca. 2 % af rygerne i Københavns Kommune deltaget i et rygestopforløb i kommunens forebyggelsescentre. Blandt borgerne med et alkoholforbrug, der kan karakteriseres som et 'storforbrug', har ca. 0,3 % deltaget i en samtale om alkohol. Blandt overvægtige københavnere har ca. 1,8 % af den potentielle målgruppe deltaget i et relevant forløb.

Ad 4. Af de borgere, der gennemførte et rygestopforløb, var 71 % røgfrie ved kursets afslutning. Disse resultater er på niveau med resultaterne i 2013 og 2014.

Ad 5. Omkring halvdelen af rygestopsamtalerne i 2015 var med kortuddannede borgere. Det er på niveau med tidligere år.



4.1 Patientrettet forebyggelse →

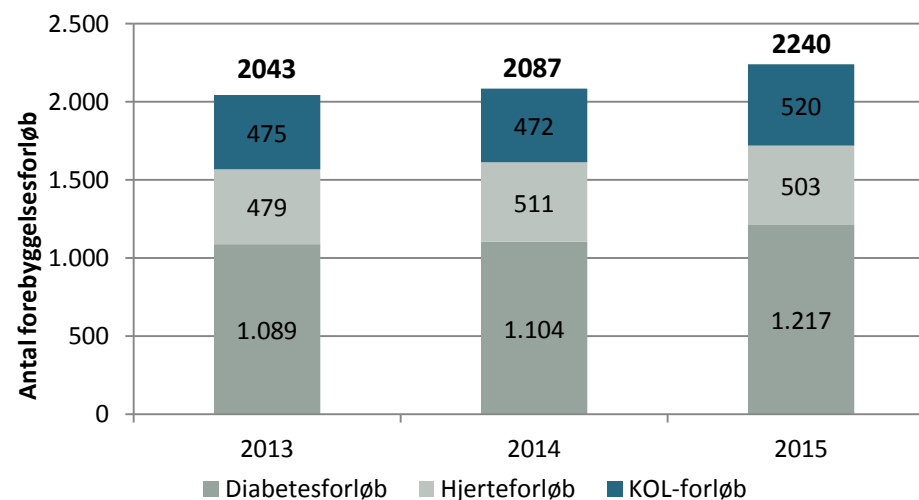
Patientrettede forebyggelsesforløb er tilbud, hvor kronisk syge i Københavns Kommune kan få støtte og inspiration til en sund livsstil med en kronisk sygdom. Forløbene kan indeholde følgende aktiviteter: Fysisk træning, kostvejledning, madlavning, undervisning i kroniske sygdomme samt rygestopvejledning. 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 påbegyndte patientrettede forebyggelsesforløb.

Der blev påbegyndt 2.240 patientrettede forebyggelsesforløb i 2015, hvilket er 7 % flere forløb end i 2014. Forvaltningen vurderer, at niveauet ligger stabilt, og at det højere antal i 2015 er udtryk for tilfældige udsving.

Figur 29 – Patientrettet forebyggelse



Kilde: CSC Sundhed Suite



4.2 Borgerrettet forebyggelse →

Borgerrettede forebyggelsesforløb er tilbud, hvor københavnere kan få støtte og inspiration til en sund livsstil. Tilbuddene omfatter forløb vedrørende motion og kost i et forebyggelsescenter, Motion XL-forløb, rygestopforløb, etnisk sundhedsformidling, samtaler om sundhed, samtaler om alkohol og samtaler om sundhed i basis-forløb.

Sådan måler vi

Opgørelsen omfatter det samlede antal borgere, som har deltaget i et borgerrettet forebyggelsesforløb.

Der har været flere borgere i rygestopforløb og til samtale om alkohol i 2015 end i 2014, mens færre borgere har deltaget i dialogmøder med etniske sundhedsformidlere.

Tabel 1 – Borgerrettet forebyggelse

| | 2013 | 2014 | 2015 | Udvikling ift. 2014 (%) |
|---|-------|-------|-------|-------------------------|
| Aktivitetstype: | | | | |
| Antal borgere i rygestopforløb (borger) | 1.350 | 1.335 | 1.845 | 38% |
| Antal borgere i rygestopforløb (arbejdsplads) | - | 193 | 103 | -47% |
| Antal borgere i Samtaler om alkohol | 342 | 224 | 256 | 14% |
| Antal borgere i Samtaler om sundhed | 2.801 | 1.922 | 1.871 | -3% |
| Antal borgere i dialogmøder med etniske sundhedsformidlere | 6.028 | 5.285 | 2.910 | -45% |
| Antal borgere i MKDF-forløb | 1.188 | 1.050 | 1.050 | 0% |
| Antal borgere i Motion XL forløb | 362 | 427 | 426 | 0% |
| Antal borgere i Samtale om sundhed i basis-forløb (BIF/SUF/SOF) | - | 822 | 860 | 5% |

Kilde: Winlog og Indrapportering fra forebyggelsescentre



Tabel 2 – Dækningsgrader for borgerrettet forebyggelse

Herunder fremgår tal, der redegør for dækningsgrader for den borgerrettede forebyggelse i forebyggelsescentrene.

Sådan måler vi

I tabellen sammenholdes forvaltningens egne aktivitetstal med opgørelser af de samlede potentielle målgrupper i Københavns Kommune indenfor de tre risikoparametre: rygning, alkohol og overvægt.

I 2015 har ca. 2 % af rygerne i Københavns Kommune deltaget i et rygestopforløb i kommunens forebyggelsescentre. Blandt borgerne med et alkoholforbrug, der kan karakteriseres som et 'storforbrug', har ca. 0,3 % deltaget i en samtale om alkohol. Blandt overvægtige københavnere har ca. 1,8 % af den potentielle målgruppe deltaget i et relevant forløb i forebyggelsescentrene.

| | Andel med risikabel adfærd i Kbh | Antal borgere i forløb i Kbh | Dækningsgrad |
|----------|--|--|--|
| Rygning | 17 % af borgerne i København, ca. 97.000 personer (2014) | 1.948 personer har benyttet et rygestoptilbud i sundhedshuse- ne i København i 2015 | Ca. 2 % af samtlige rygere i København i forløb i FC |
| Alkohol | 23 % i København som har et 'storforbrug'*, ca. 100.000 personer 20 % som 'rusdrikker'**, ca. 90.000 personer | 256 personer deltog i samtaler om alkohol i 2015 | Ca. 0,3 % af gruppe med 'storforbrug' har deltaget i samtale |
| Overvægt | 41 % overvægtige (BMI>25) i København (2010) | 1.871 personer deltaget i samtale om sundhed i 2015 426 personer deltaget i et motion-XL i 2015 1.050 har påbegyndt et MKDF-forløb (motion og kost) i 2015 | Ca. 1,8 % af overvægtige har deltaget i relevant forløb i FC |

* Storforbrug betyder, at der drikkes mere end Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse på 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd om ugen.

** At rusdrikke betyder at drikke 5 genstande eller mere ved samme lejlighed.

Kilde: Nationale fremskrivninger indtil 2020 foretaget af Statens Institut for Folkesundhed, samt tal fra Institut for Folkesundhed ved Københavns Universitet, Winlog og Indrapportering fra forebyggelsescentre



4.3 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. I 2015 var målet, at 2.450 borgere tilmeldte sig et rygestopforløb.

Sådan måler vi

Antal tilmeldte borgere til rygestopforløb i forhold til måltallet for, hvor mange borgere der skulle være tilmeldt et rygestopforløb.

I 2015 var 1.948 borger tilmeldt et rygestopforløb. Da målet for 2015 var, at 2.450 borgere skulle være tilmeldt et rygestopforløb, er målet ikke nået. Målopfyldegraden er på 80 %, hvilket er på niveau med i 2014.

Tabel 3 – Tilmeldte til kommunens rygestopforløb i forebyggelsescentrene

| | 2013 | 2014 | 2015 | Udvikling ift. 2014 (%) |
|---|-------|-------|-------|-------------------------|
| Måltal for tilmeldte borgere til rygestopforløb | 1.450 | 1.950 | 2.450 | 26% |
| Antal tilmeldte borgere til rygestopforløb | 1.350 | 1.528 | 1.948 | 27% |
| Målopfyldegrad | 93% | 78% | 80% | 1% |



4.4 Flere gennemfører rygestopforløb og forbliver røgfri →

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

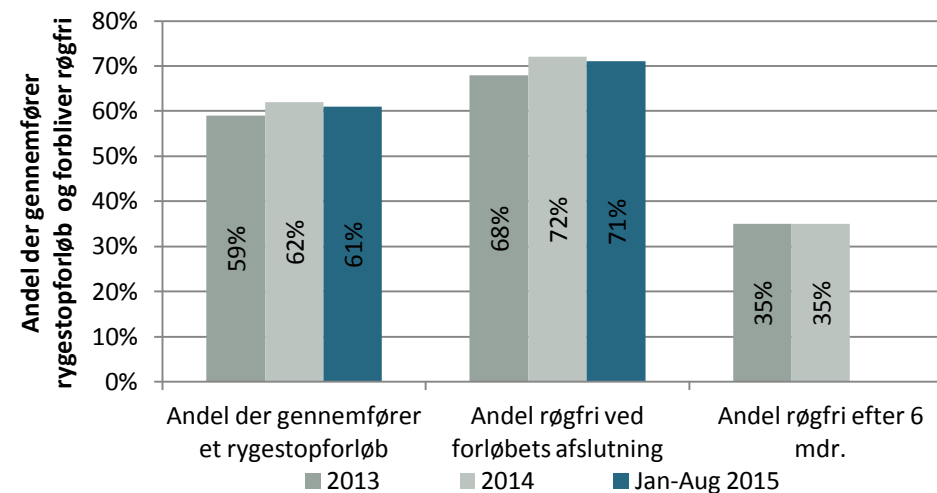
Sådan måler vi

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 2015 (januar-august) var det 61 % af de borgere, der var tilmeldt et rygestopforløb, som gennemførte forløbet. Af disse var 71 % røgfrie ved kurssets afslutning. Disse resultater er på niveau med resultaterne i 2013 og 2014.

For 2015 er der endnu ikke opgjort data for, hvor mange af de deltagere, der gennemførte forløbet, som var røgfrie efter 6 måneder. I de to foregående år har det været 35 %.

Figur 30 – Flere gennemfører rygestopforløb og forbliver røgfri



Kilde: Rygestopbasen

Note: Det er endnu ikke muligt at opgøre andel røgfri efter 6 mdr. for 2015.



4.5 Rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere →

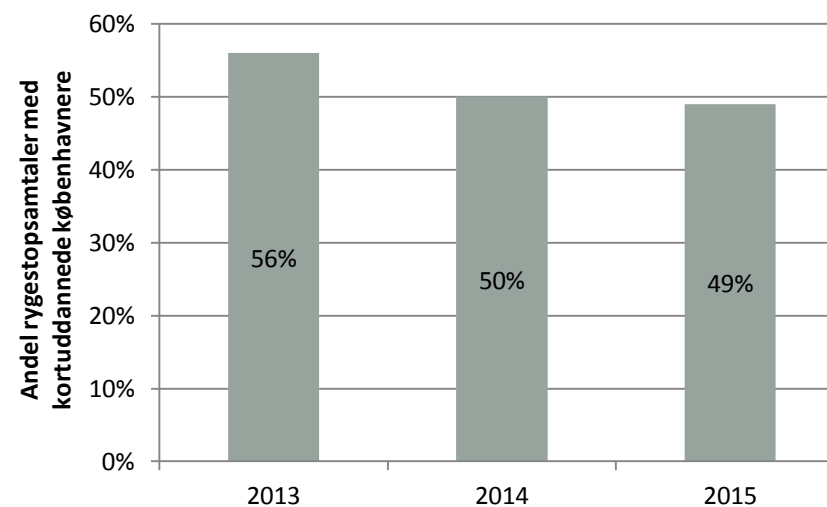
Der er flere kortuddannede end højtuddannede borgere, der ryger, og derfor måles på, hvor mange rygestopsamtaler der gennemføres med kortuddannede københavnere.

Sådan måler vi

Andelen af rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere, sat i forhold til alle rygestopsamtaler med københavnere hos STOPLINIEN. Alene borgere i alderen 30+år indgår.

Cirka halvdelen af rygestopsamtalerne hos STOPLINIEN i 2015 var med kortuddannede borgere. Dette er på niveau med resultatet for 2014.

Figur 31 – Rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere



Kilde: STOPLINIEN

Note: Kortuddannede borgere defineres som borgere, hvis højeste afsluttede uddannelse er folkeskole, gymnasium (STX, HF, HH, HTX, HHX), kortere uddannelser (specialarbejderkurser, arbejdsmarkedskurser mv.), erhvervsuddannelser (faglært inden for håndværk, handel, kontor m.m.) og anden faglig uddannelse.



5. Ventetider

5.1 Sagsbehandlingstider for hjemmepleje, hjælpemidler og plejebolig ✓

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt, at sagsbehandlingsfristerne for hjemmepleje (personlig pleje og praktisk hjælp) 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 % af sagerne skal behandles indenfor fristerne, jf. anbefaling i retssikkerhedsloven. Sagsbehandlingsfristerne fremgår af kvalitetsstandarderne for 2015.

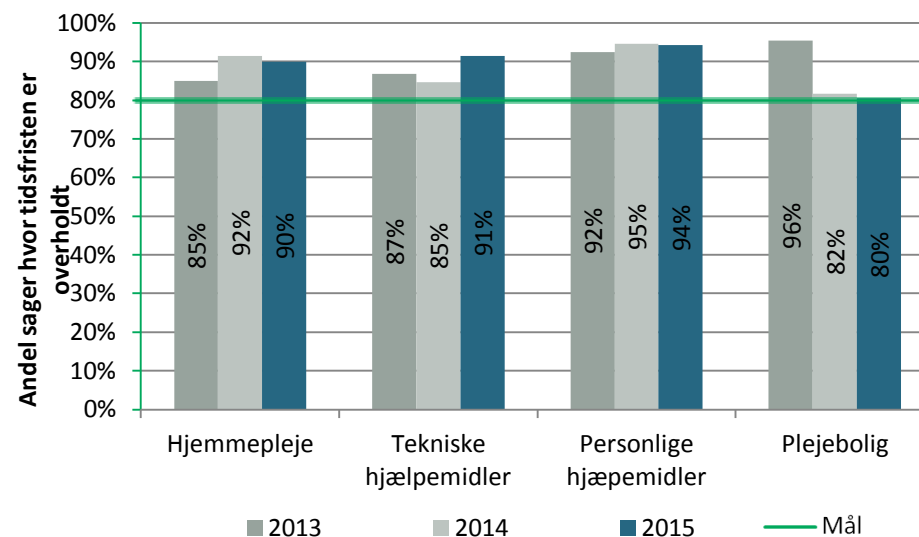
Sådan måler vi

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

Målsætningen om, at 80 % af sagerne skal behandles indenfor fristerne, er overholdt på alle fire områder.

I 2015 blev 80 % af sagerne om plejebolig behandlet rettidigt, hvor det i 2013 var 96 %. Ændringen i niveauet skyldes, at sagsbehandlingsfristen for sager om plejebolig blev forkortet i kvalitetsstandarderne for 2014 – fra tidligere 21 dage til 10 hverdage.

Figur 32 – 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.



5.2 Ventetid til plejebolig X

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

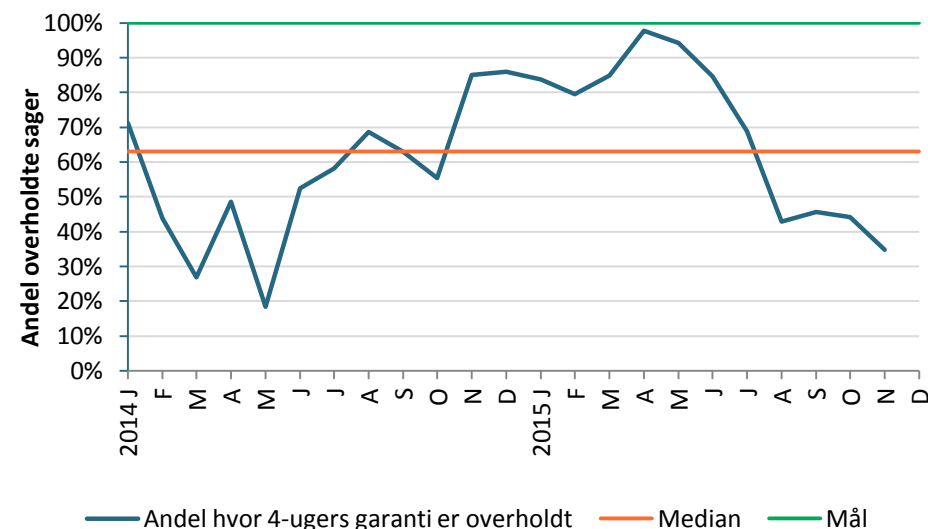
Sådan måler vi

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

I 2015 var 583 sager omfattet af 4 ugers-garantien, og garantien blev overholdt i 385 af sagerne. Målet om, at alle borgere godkendte borger skal have tilbud om en plejebolig inden for 4 uger, er ikke opfyldt. I 2015 blev 4-ugers-garantien overholdt i 66 % af alle sager, mens den i 2014 blev overholdt i 55 % af alle sager. Der ses et fald i opfyldelsen af garantien i sidste halvdel af 2015.

4-ugersgarantien har generelt været under pres de seneste år, og der har været markante periodiske udsving. Forvaltningen følger området tæt og vil i 2016, i forbindelse med udarbejdelse af udbygningsplanen for plejeboliger, foretage en nærmere analyse af området og komme med anbefalinger til den videre kapacitetsstyring.

Figur 33 – 4-ugers garanti for plejebolig



Kilde: VI-systemet



5.3 Ventetider til genoptræning ✓

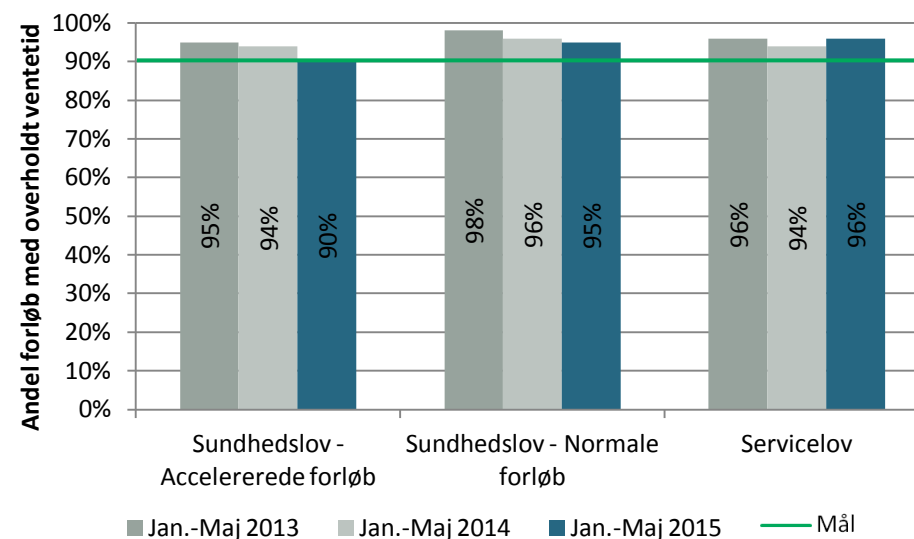
Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt et mål om, at borgere maksimalt må vente 15 hverdage på opstart af genoptræning efter Sundhedsloven, fra forvaltningen har modtaget genoptræningsplanen. Hvis borgere grundet sundhedsfaglige forhold har behov for en kortere ventetid, er ventetiden fastsat til maksimalt 7 hverdage (såkaldte accelererede forløb). Tilsvarende har Sundheds- og Omsorgsudvalget fastlagt et mål om, at der for træningsforløb efter Serviceloven højst må gå 24 hverdage fra visitationen har modtaget en ansøgning til opstart af genoptræningsforløb.

Sådan måler vi

Andelen af genoptræningsforløb, hvor ventetiderne er overholdt.

For alle tre typer genoptræningsforløb er ventetiden overholdt for minimum 90 % af forløbene. Andelen af genoptræningsforløb, hvor ventetiden er overholdt, ligger i perioden januar til maj 2015 nogenlunde på niveau med tilsvarende periode i 2013 og 2014.

Figur 34 – Ventetider til genoptræning



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og sundhedsportalen

Note: Overholdelsen af ventetiderne er baseret på de frister, som var gældende på det pågældende tidspunkt. Ventetidsfristen for genoptræningsforløb efter serviceloven er blevet udvidet fra 20 til 24 hverdage pr. 1. januar 2014 i forbindelse med kvalitetsstandarderne for 2014.

Note: Data for juni-december måned udestår grundet arbejdet med overgangen til ny sundhedsportal

6. Sygefravær

6.1 Sygefravær blandt fuldtidsansatte og elever X

Borgerrepræsentationen har besluttet, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen skal reducere sygefraværet til 13,1 dagsvæk per fuldtidsansat i 2015. Sygefraværet udgjorde 14,1 dagsvæk per fuldtidsansat i 2014, så målet svarer til en nedbringelse på 1,0 dagsvæk per medarbejder. Derudover har Borgerrepræsentationen fastlagt et mål om, at elevernes sygefravær skal reduceres til 14,2 dagsvæk per elev i 2015. Elevernes sygefravær udgjorde 17,9 dagsvæk per elev i 2014, så målet svarede til en nedbringelse på 3,7 dagsvæk pr. elev i 2015.

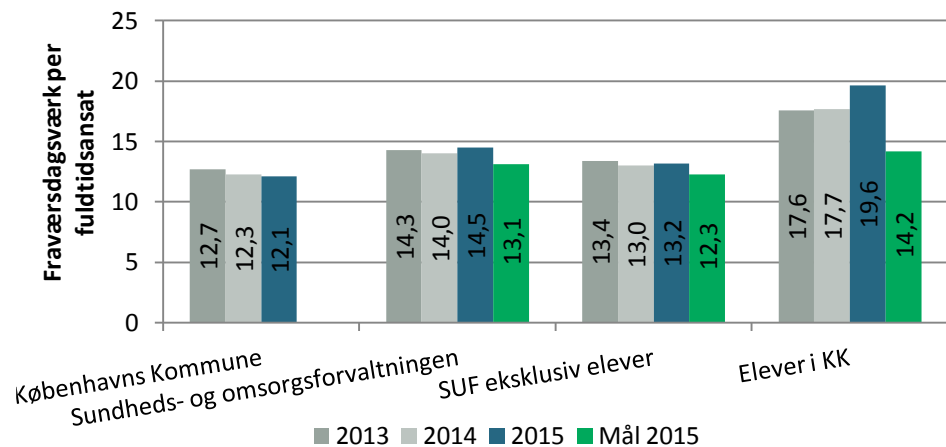
Sådan måler vi

Antallet af sygefraværsdagsvæk per fuldtidsansat for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen sammenlignet med hele Københavns Kommune.

Sygefraværet for ansatte i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er højere end målsætningen for 2015. Fraværet blandt elever er 19,6 fraværsdagsvæk per fuldtidsansat, hvilket er 5,4 dage over målet for 2015. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen eksklusiv elever har et fravær på 13,2 fraværsdagsvæk per fuldtidsansat - det er 0,9 dage over målet for 2015.

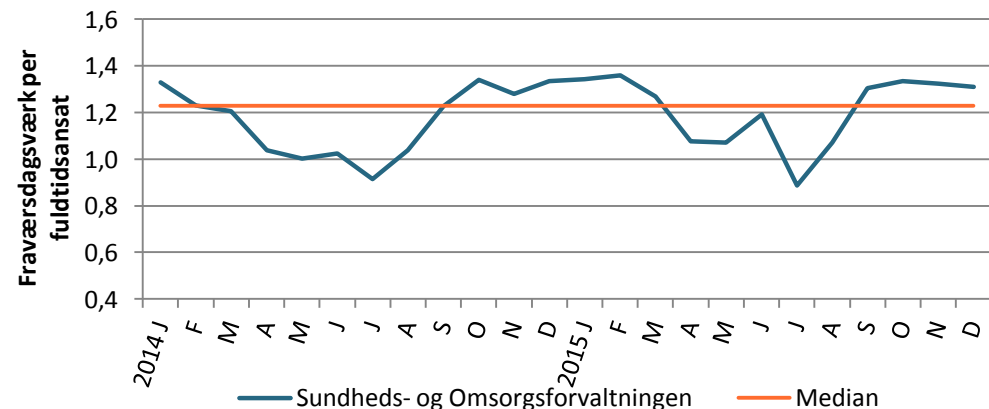
Stigningen i sygefraværet fra 2014 til 2015 kommer efter en længere årrække med faldende fravær. Stigningen skyldes en stigning i det korte sygefravær (1-14 dage), mens langtidssygefraværet samlet set er faldet en smule fra 2014 til 2015.

Figur 35 – Sygefravær i SUF sammenlignet med Københavns kommune



Kilde: Rubin

Figur 36 – Sygefravær i SUF



Kilde: Rubin

Initiativer for at nedbringe sygefraværet

Københavns Kommune og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har løbende udviklet nye tiltag og værktøjer til at arbejde med fravær/nærvær. Der er eksempelvis udarbejdet fælles sygefraværstatistik, nem adgang til sygefraværdata for alle ledere, gode til håndtering af langtidssygefravær og etableret en "task force" som kan hjælpe enheder med højt sygefravær. En ledergruppe i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i 2015 udarbejdet 23 anbefalinger om fravær i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Anbefalingerne er ved at blive implementeret i alle forvaltningens enheder.

Det er erfaringen, at nye sygefraværsindsatser og redskaber som regel har effekt på nedbringelse af sygefraværet i en periode, men at det er nødvendigt løbende at udvikle nye indsatser og sætte fornyet fokus på fravær for at nedbringe fraværet. For at vende den negative udvikling har forvaltningen nu styrket ledelseskædernes arbejde med fravær og igangsat en kampagne om øget fokus på fravær. Derudover arbejdes der også med en fælles sygefraværstrategi for hele Københavns Kommune. Målet er, at sygefraværet for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i 1. kvartal 2016 skal være lavere end i 1. kvartal 2015. Forvaltningen følger udviklingen tæt og vil vende tilbage til udvalget med en orientering, når sygefraværstallene for 1. kvartal 2016 foreligger.

Særlige udfordringer med at nedbringe elevernes sygefravær

Sygefraværet for elever i Københavns kommune har været stigende i en årrække. Det skyldes blandt andet, at der på grund af den nuværende dimensioneringsaftale er nogle særlige udfordringer i arbejdet med at nedbringe elevernes fravær. Med implementeringen af erhvervsuddannelsesreformen fra 2015 forventes det, at de elever kommunen fremover ansætter, generelt er mere motiverede og mere robuste. Det giver et begrundet håb om, at elevernes sygefravær gradvist vil kunne nedbringes.

7. Overordnet brugertilfredshed

7.1 Politisk mål om niveau for samlet tilfredshed ✓

Sundheds- og Omsorgsudvalget vedtog i 2014, at den samlede brugertilfredshed skal være på mindst 80 på hvert af de områder, hvor der gennemføres tilfredshedsmålinger. Fra 2015 opgøres resultatet ikke længere på en 0-100 punkts-skala, men på en 1-5 punkts-skala. Ifølge det politiske mål skal den samlede tilfredshed på alle områder således være på mindst 4,2.

Sådan måler vi

Resultatet af brugerundersøgelserne opgøres på en 1-5 punkts-skala. Der måles på, om brugernes samlede tilfredshed med hhv. hjemmepleje, plejebolig og aktivitetstilbud er på mindst 4,2.

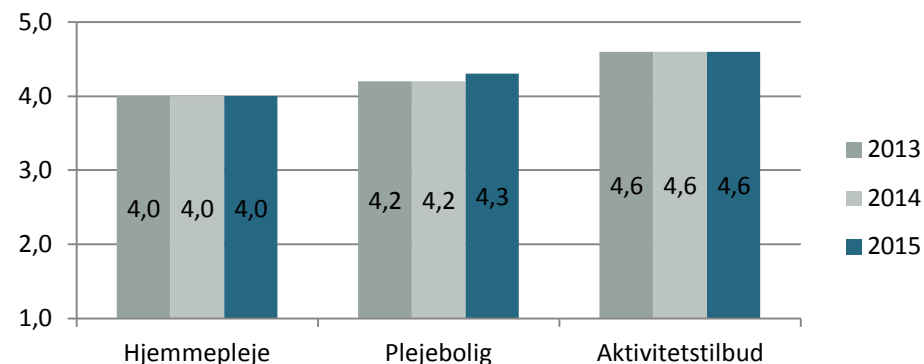
En samlet score på 4,2 er lig med, at resultatet befinder sig i det øverste måleinterval, dvs. "over middel/god". Oversat betyder det, at tallet 4,2 er et *samlet* udtryk for, at en **høj** andel af borgerne vurderer den hjælp, de får, på et **højt** tilfredshedsniveau.

Det politiske mål om en tilfredshed på 4,2 er nået for plejecentrene og aktivitetstilbuddene i 2015, mens hjemmeplejen ligger under målet. Den overordnede tilfredshed i alle tre undersøgelser har været meget stabil i de seneste tre år. Den lille stigning, der ses i tilfredsheden blandt beboere i plejebolig, er ikke statistisk signifikant.

Det er muligt at sammenligne den samlede tilfredshed med hjemmeplejen med Økonomi- og Indenrigsministeriets landsdækkende tilfredshedsundersøgelse blandt hjemmeplejemodtagere fra 2014 og resultatet fra Århus kommune fra 2014. Der er små forskelle i andelen af tilfredse

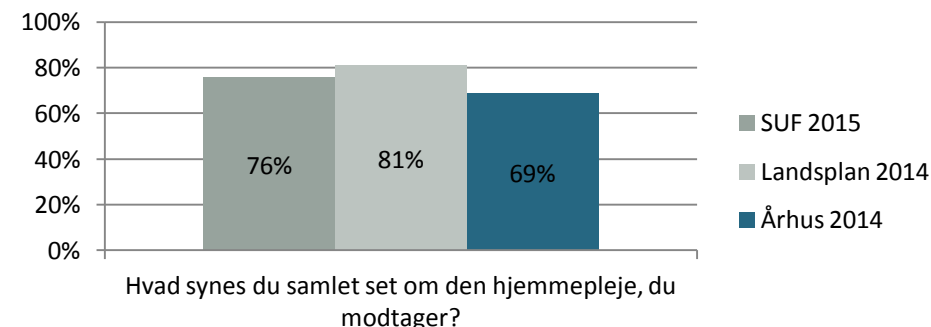
brugere på tværs af de tre undersøgelser. København ligger under landsgennemsnittet, men over Århus Kommune.

Figur 37– Brugernes samlede tilfredshed med hjemmepleje, plejebolig og aktivitetstilbud



Kilde: Brugerundersøgelser 2015

Figur 38 – Brugernes tilfredshed med hjemmeplejen sammenlignet med andre kommuner



Kilde: Brugerundersøgelse hjemmepleje København 2015, Landsdækkende brugerundersøgelse fra Økonomi- og Indenrigsministeriet 2014 samt Brugerundersøgelser Århus 2014.

Note: Det er ikke muligt at foretage tilsvarende sammenligninger på områderne plejecentre og aktivitetstilbud. Der gennemføres ikke tilfredshedsundersøgelser blandt brugere af aktivitetscentre i andre kommuner end København.

Figuroversigt

| | |
|--|----|
| Figur 1- Antal borgere med rehabilitering..... | 8 |
| Figur 2- Behov for hjælp 12 mdr. efter hverdagsrehabilitering | 9 |
| Figur 3 - Genoptræningsforløb efter Sundhedsloven for alle borgere..... | 10 |
| Figur 4 - Genoptræningsforløb for borgere over 65 år | 10 |
| Figur 5 – Brugernes vurdering af hjemmeplejen - frihed..... | 11 |
| Figur 6 – Brugernes vurdering af plejecentrene - frihed | 12 |
| Figur 7- Andel besøg leveret af primær/sekundær hjælpere eller 4 nærmeste hjælpere | 15 |
| Figur 8 – Brugernes vurdering af fast hjælpere i hjemmeplejen | 15 |
| Figur 9 – Kommunale tilsyn..... | 16 |
| Figur 10 – Embedslægetilsyn med plejeboliger | 17 |
| Figur 11 – Ventedage for borgere over 65 år i Københavns Kommune..... | 18 |
| Figur 12 – Ventedage Region Hovedstaden ekskl. København | 18 |
| Figur 13 - Forebyggelige indlæggelser for borgere i Københavns Kommune – alle borgere over 65 år | 19 |
| Figur 14 – Forebyggelige indlæggelser for borgere i Region Hovedstaden ekskl. København – alle borgere over 65 år..... | 19 |
| Figur 15 - Forebyggelige indlæggelser - kendte borgere over 65 år..... | 20 |
| Figur 16 – Genindlæggelser for borgere over 65 år i Københavns Kommune | 21 |
| Figur 17 – Genindlæggelser for borgere over 65 år i Region Hovedstaden ekskl. København | 21 |
| Figur 18 – Korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i Københavns Kommune | 22 |
| Figur 19 – Korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i Region Hovedstaden ekskl. Københavns Kommune | 22 |
| Figur 20 – Brugernes vurdering af hjemmeplejen – tryghed..... | 23 |
| Figur 21 – Brugernes vurdering af plejecentrene - tryghed..... | 24 |
| Figur 22 – Brugernes vurdering af hjemmeplejen - medborgerskab | 27 |
| Figur 23 – Brugernes oplevelse af ensomhed - hjemmeplejen..... | 27 |
| Figur 24 – Brugernes vurdering af aktivtetscentre - medborgerskab..... | 28 |
| Figur 25 – Brugernes oplevelse af ensomhed - aktivitetscentre | 29 |
| Figur 26 – Brugernes udbytte af samvær med andre beboere - plejecentre | 30 |
| Figur 27 – Brugernes vurdering af plejecentrene – medborgerskab | 30 |
| Figur 28 – Brugernes oplevelse af ensomhed - plejecentre | 31 |
| Figur 29 – Patientrettet forebyggelse | 33 |
| Figur 30 – Flere gennemfører rygestopforløb og forbliver røgfri | 37 |
| Figur 31 – Rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere | 38 |
| Figur 32 – Sagsbehandlingstider | 39 |
| Figur 33 – 4-ugers garanti for plejebolig | 40 |
| Figur 34 – Ventetider til genoptæning | 41 |
| Figur 35 – Sygefravær i SUF sammenlignet med Københavns kommune . | 42 |
| Figur 36 – Sygefravær i SUF | 42 |
| Figur 37– Brugernes samlede tilfredshed med hjemmepleje, plejebolig og aktivitetstilbud | 44 |
| Figur 38 – Brugernes tilfredshed med hjemmeplejen sammenlignet med andre kommuner | 44 |

KØBENHAVNS KOMMUNE

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Center for Kvalitet og Sammenhæng

Afdeling for Data og Analyse

www.kk.dk