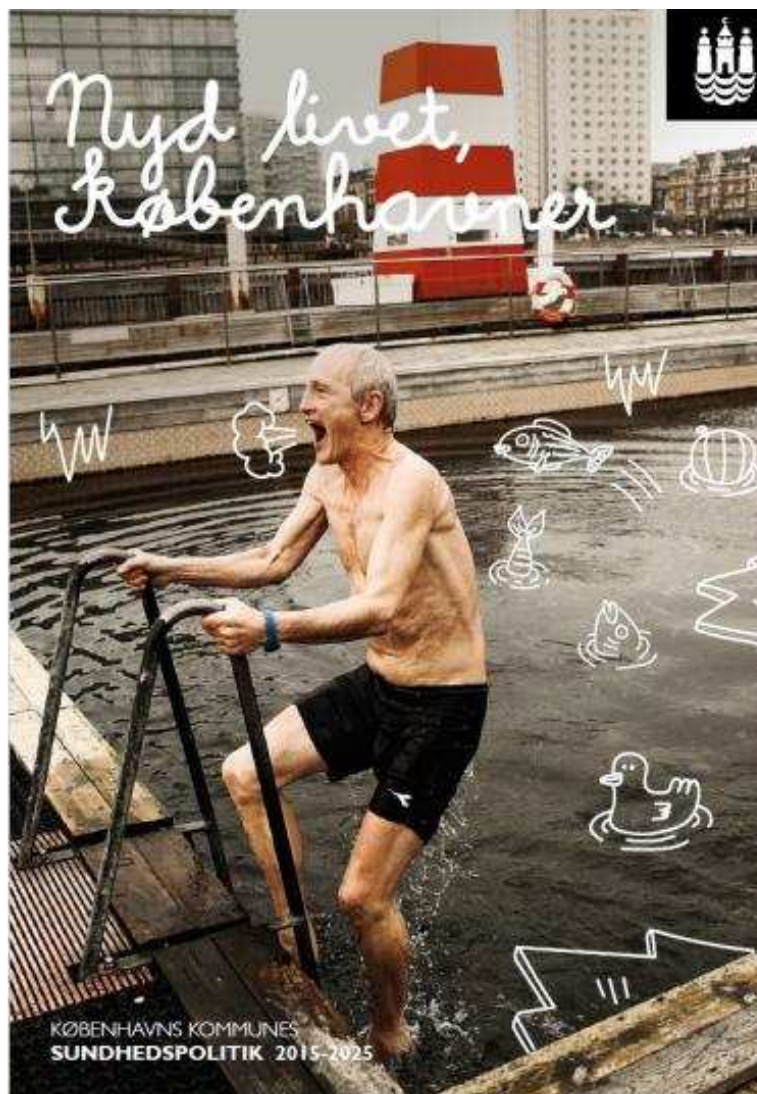
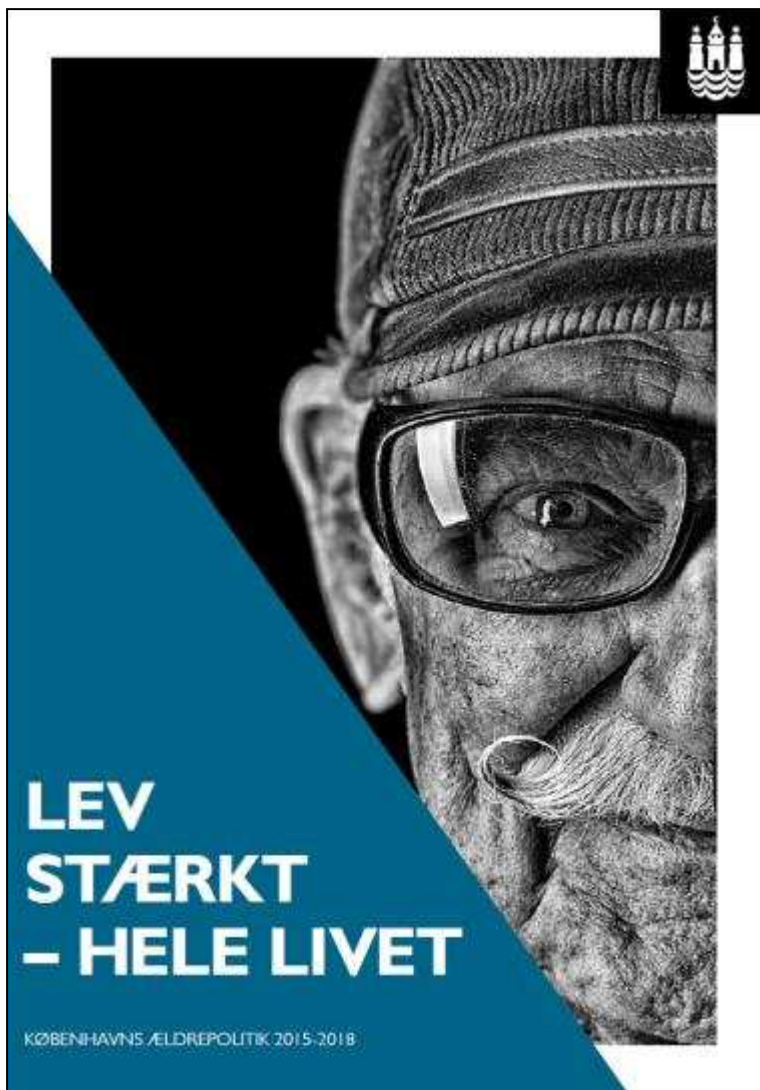


Halvårsrapport for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

I. halvår 2016



Indholdsfortegnelse

FIGUROVERSIGT 29




INDLEDNING	3
I. FRIHED TIL AT LEVE LIVET.....	6
1.1 ANDEL BORGERE MED UDREDNING & REHABILITERING √.....	7
1.2 BEHOV FOR HJÆLP 7 DAGE EFTER REHABILITERINGSFORLØB √.....	8
1.3 GENOPTRÆNING	9
2. TRYGHED I HVERDAGEN	10
2.1 ANDEL BESØG LEVERET AF BORGERNES FASTE HJÆLPERE	11
2.2 KOMMUNALE TILSYN I PLEJEBOLIG	12
2.3 EMBEDSLÆGETILSYN MED PLEJECENTRE.....	13
2.4 VENTEDAGE FOR FÆRDIGBEHANDLEDE BORGERE.....	14
2.5 FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER – ALLE BORGERE OVER 65 ÅR	15
2.6 FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER - KENDTE BORGERE OVER 65 ÅR.....	16
2.7 GENINDLÆGGELSER	17
2.8 KORTTIDSINDLÆGGELSER.....	18
3. FOREBYGGELSE, BEHANDLING OG REHABILITERING.....	19
3.1 PATIENTRETTET FOREBYGGELSE	20
3.2 TILMELDTE BORGERE TIL RYGESTOPFORLØB X	21
3.3 ANDEL DER GENNEMFØRER ET RYGESTOPFORLØB OG BLIVER RØGFRI	22
3.4 KORTUDDANNEDE KØBENHAVNERES BRUG AF RYGESTOPSAMTALER OG RYGESTOPKURSER	23
4. VENTETIDER	24
4.1 SAGSBEHANDLINGSTIDER FOR HJEMMEPLEJE, HJÆLPEMIDLER OG PLEJEBOLIG √	24
4.2 VENTETID TIL PLEJEBOLIG X	25
4.3 VENTETIDER TIL GENOPTRÆNING X.....	26
5. SYGEFRAVÆR	27
5.1 SYGEFRAVÆR BLANDT FULD TIDSANSATTE OG ELEVER X.....	27

Indledning

Halvårsrapporten for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen indeholder en status på udviklingen for forvaltningens vigtigste politiske målsætninger og fokusområder. Halvårsrapportens formål er at give et samlet overblik over udviklingen i 1. halvår 2016.



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

Sammenligningerne kan være vigtige for at få et godt grundlag at vurdere forvaltningens nøgletal på. Derfor sammenligner halvårsrapporten Sundheds- og Omsorgsforvaltningens nøgletal med andre kommuner, hvor data giver mulighed for det. Konkret sammenlignes tallene om ventedage for færdigbehandlede borgere samt data om forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser med gennemsnittet for de øvrige kommuner i Region Hovedstaden.

Overblik over målopfyldelsen

Ældrepolitikken

Frihed til at leve livet

- ✓ Andel borgere der modtager udredning & rehabilitering
- ✓ Behov for hjælp 7 dage efter udredning & rehabilitering
- Genoptræning

Tryghed i hverdagen

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

Sundhedspolitikken

Forebyggelse, behandling og rehabilitering

- Patientrettet forebyggelse
- ✗ Tilmeldte borgere til rygestopforløb
- Andel der gennemfører rygestopforløb og forbliver røgfri
- Kortuddannede københavnernes brug af rygestopsamtaler og rygestopkurser

Ventetider og sygefravær

Ventetider

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

Sygefravær

- ✗ Sygefravær blandt fuldtidsansatte og elever

Status

Halvårsrapporten viser, at det er gået **fremad** med at hjemtage borgerne, efter de er færdigbehandlet på sygehuset, og at tildele udrednings- og rehabiliteringsforløb. Målsætningen om at minimum halvdelen af borgerne skal have et positivt udbytte af deres rehabiliterende forløb er ligeledes indfriet.

I 1. halvår 2016 er der kun gennemført 9 embedslægetilsyn og 12 kommunale tilsyn med plejecentrene. Det er vanskeligt at sammenligne tilsynsresultaterne direkte med resultaterne fra 2014 og 2015, men resultaterne fra det første halvår peger i retning af en fremgang.

Samtidigt har forvaltningen **nået de politiske målsætninger** i forhold til overholdelse af sagsbehandlingsfrister for hjemmepleje, hjælpemidler og plejebolig.

Halvårsrapporten viser, at niveauet for genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser er **uændret**. Det er ligeledes lykkedes at fastholde aktivitetsniveauet for patientrettet forebyggelse og genoptræning efter sundhedsloven.

På rygestopområdet er der samlet set tale om en **uændret status**. Der har været flere borgere tilmeldte et rygestopforløb, men halvdelen af måltallet for hele 2016 er ikke nået efter første halvår. Andelen der gennemfører et rygestopforløb og kortuddannedes andel af rygestopsamtalerne er uændret. En lidt større andel af deltagerne på rygestopkurserne var kortuddannede og en lidt større andel var røgfrie ved kursets afslutning.

Andelen af besøg i hjemmeplejen, der leveres af borgers faste hjælpere, ligger fortsat stabilt. I forbindelse med udmøntningen af værdighedsmidlerne igangsætter forvaltningen i 2. halvår 2016 en række initiativer, som har til formål at højne medarbejderkontinuiteten.

Halvårsrapporten viser desuden, at det **fortsat er en udfordring** at overholde 4 ugers-garantien for plejeboliger, som generelt været under pres de seneste år. Forvaltningen har analyseret mulige årsager til den manglende overholdelse af 4 ugers-garantien, og resultaterne heraf vil blive forelagt udvalget.

Ligeledes er det en udfordring at overholde ventetiderne til genoptræning efter sundhedsloven. Forvaltningen følger op på implementeringen af de forkortede ventetidsfrister, med henblik på sikre overholdelse af de fastsatte ventetider.

Endvidere ligger sygefraværet for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen **over målet**. Elevfraværet er faldet, men ligger fortsat over målet.



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 udredning og rehabilitering
2. Hvor mange af de borgere, som modtager en rehabiliterende indsats fra kommunen, der opnår et positivt udbytte mht. deres behov for hjælp
3. Hvor mange borgere, der modtager genoptræning og derigennem får mulighed for at fastholde deres funktionsniveau

Hvad viser udviklingen?

Ad 1. Antallet af både nye og kendte borgere, der modtager et udrednings- og rehabiliteringsforløb, er steget i løbet af 1. halvår 2016. Målsætningen om at 7,5 af de kendte borgere skulle modtage udredning og rehabilitering i 1. halvår 2016, er nået.

Ad 2. I 1. halvår 2016 har 51 procent af de nye borgere og 59 procent af de kendte borgere haft et positivt udbytte af rehabiliteringsforløb. Målet om, at 50 procent af borgerne skal opnå et positivt udbytte, er således nået.

Ad 3. Antallet af genoptræningsforløb efter Sundhedsloven er uændret fra 1. halvår 2015 til 1. halvår 2016. På grund af en omlægning af udrednings- og rehabiliteringsindsatsen er det vanskeligt at etablere et retvisende overblik over udviklingen i antallet af genoptræningsforløb efter Serviceloven. Derfor er disse data udeladt af denne halvårsrapport. Når forvaltningen har etableret et validt datagrundlag, vil udviklingen igen være inkluderet i rapporten.



I.1 Andel borgere med udredning & 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. I 2015 var udredning og rehabilitering fokuseret mod nye borgere – dvs. borgere, der ikke allerede modtog hjemmepleje - 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.

For de nye borgere er målet, at 80 pct. af nye borgere modtager en udrednings- og rehabiliteringsindsats i 2. halvår 2016.

For de kendte borgere er målet for 1. halvår 2016, at 7,5 pct. af kendte borgere modtager en udrednings- og rehabiliteringsindsats.

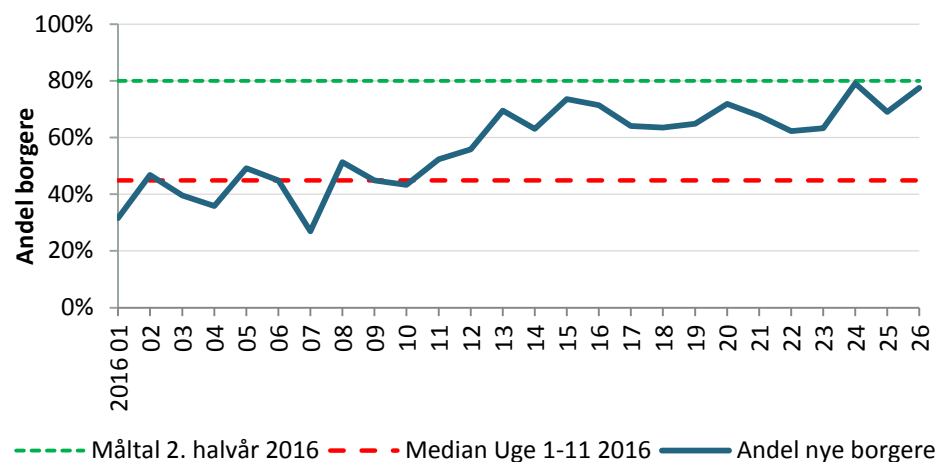
Sådan måler vi

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

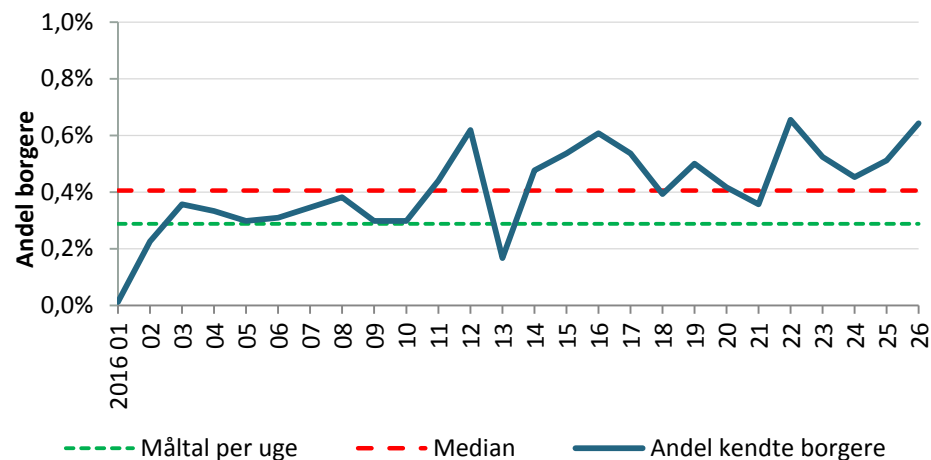
I 1. halvår 2015 var der 594 **nye** borgere, der modtog Udredning og rehabilitering, mens der i 1. halvår 2016 har været 767 nyhenvendte borgere, der har modtaget Udredning og rehabilitering. I slutningen af 1. halvår 2016 nærmer forvaltningen sig det måltal, der er gældende for 2. halvår 2016. Der er i alle lokalområder stort fokus på at nå måltallet for 2. halvår 2016.

I 1. halvår 2015 var der 179 **kendte** borgere, der fik et rehabiliterende forløb (hverdagsrehabilitering), mens der i 1. halvår 2016 har været 938 kendte borgere, der har fået et rehabiliterende forløb (Udredning og rehabilitering). 10,7 procent af de kendte borgere fik en udrednings- og rehabiliteringsindsats i 1. halvår 2016, og måltallet er således nået.

Figur 1- Andel nye borgere med udredning og rehabilitering



Figur 2- Andel kendte borgere med udredning og rehabilitering



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

Note: Målet om, at 7,5 pct. af de kendte borgere tilbydes udredning og rehabilitering i 1. halvår 2016 er i figuren omregnet til måltal per uge, således at målopfyldelsen kan følges på ugebasis.



1.2 Behov for hjælp 7 dage efter rehabiliteringsforløb ✓

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.

Målet er at 50 % af borgerne skal opnå et positivt udbytte.

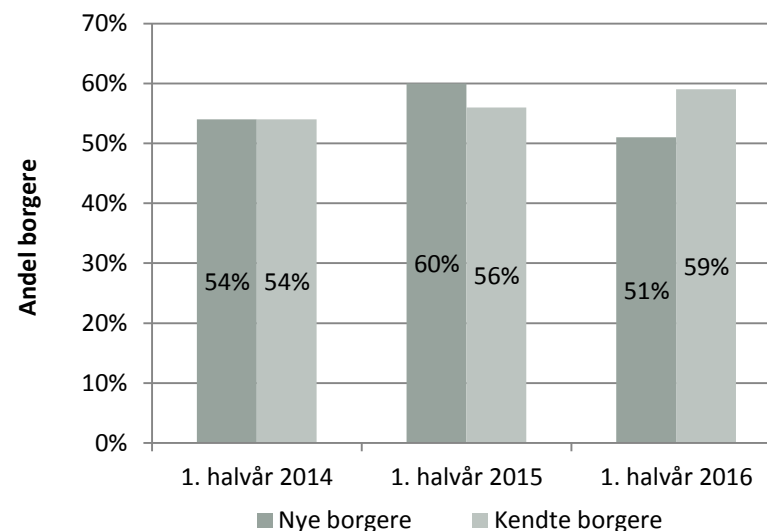
Sådan måler vi

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 1. halvår 2016 har 51 procent af de nye borgere og 59 procent af de kendte borgere haft et positivt udbytte af deres rehabiliteringsforløb. Målet om, at 50 procent af borgerne skal opnå et positivt udbytte, er således nået.

Figur 3- Behov for hjælp 7 dage efter rehabiliteringsforløb



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

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

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



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.

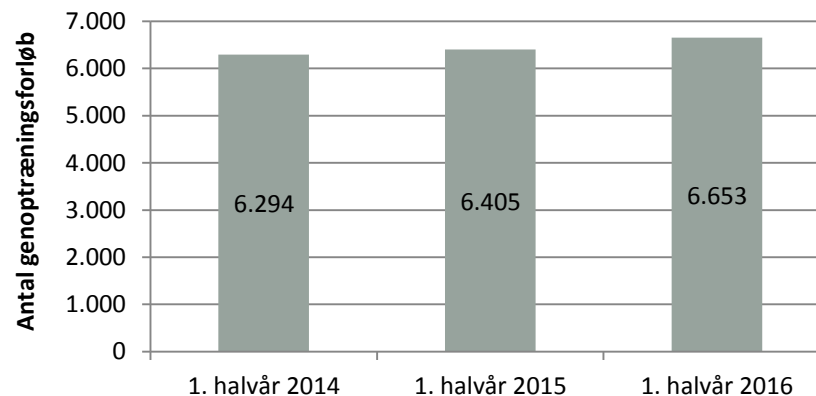
Sådan måler vi

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

I 1. halvår 2016 har der været 6.653 genoptræningsforløb efter Sundhedsloven for alle borgere, heraf 3.042 forløb for borgere over 65 år.

På grund af en omlægning af udrednings- og rehabiliteringsindsatsen er det vanskeligt at etablere et retvisende overblik over udviklingen i antallet af genoptræningsforløb efter Serviceloven. Derfor er disse data udeladt af denne halvårsrapport. Når forvaltningen har etableret et validt datagrundlag, vil udviklingen igen være inkluderet i rapporten.

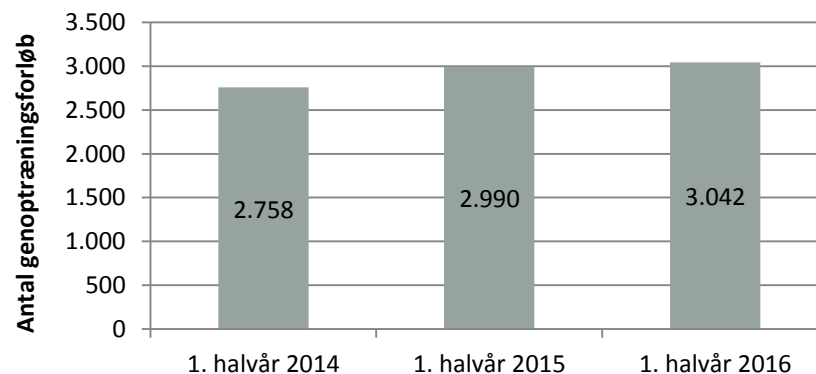
Figur 4 - Genoptræningsforløb efter sundhedsloven for alle borgere



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

Note: Genoptræningsforløb efter sundhedsloven bliver optalt på baggrund af visiterede ydelser i KOS2.

Figur 5 - Genoptræningsforløb efter sundhedsloven for borgere over 65 år



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og CSC Sundhed Suite.

Note: Genoptræningsforløb efter sundhedsloven bliver optalt på baggrund af visiterede ydelser i KOS2. Genoptræningsforløb efter serviceloven optælles fra CSC Sundhed Suiten.



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. Andel besøg leveret af borgernes faste hjælpere
2. Resultaterne af de kommunale tilsyn – i 1. halvår 2016 er der udelukkende gennemført tilsyn på plejecentre
3. Resultaterne af embedslægens tilsyn på plejecentre
4. Hvor mange ventedage færdigbehandlede borgere har på hospitalerne
5. Hvor mange gange ældre borgere 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

Hvad viser udviklingen?

Ad 1. Andelen af besøg i hjemmeplejen, der leveres af borgerens faste hjælpere, er uændret. Forvaltningen iværksætter i 2. halvår 2016 en række initiativer, som har til formål at højne medarbejderkontinuiteten hos borgere, som modtager hjemmepleje.

Ad 2. Der er ført kommunale tilsyn med 12 plejecentre, hvoraf syv plejecentre har opnået resultatet ”særdeles tilfredsstillende” og fem blev vurderet ”godt og tilfredsstillende”.

Ad 3. I 2016 er der kun gennemført ni tilsyn med plejecentrene, hvoraf de fem udgøres af opfølgende tilsyn på de plejecentre, der fik utilfredsstillende tilsynsresultater i 2015 (kategori 4). Disse fem plejecentre har alle opnået en klar forbedring ved de opfølgende tilsyn i 2016. Blandt de fire plejecentre, der har haft ordinært tilsyn, har ét plejecenter opnået resultatet ”få fejl og mangler” (kategori 2), mens tre har opnået resultatet ”fejl og mangler med risici for patientsikkerheden” (kategori 3). Forvaltningen har iværksat en omfattende forbedringsindsats på udvalgte plejecentre med henblik på at forbedre basiskvaliteten.

Ad 4. Der har været færre ventedage for færdigbehandlede borgere i perioden januar-maj 2016 end i tilsvarende periode i 2015. Det er imidlertid fortsat en udfordring at hjemtage færdigbehandlede patienter hurtigst muligt fra hospitalerne, og forvaltningen fortsætter med at have fokus på området.

Ad 5, 6 og 7. Antallet af genindlæggelser og korttidsindlæggelser ligger forholdsvist stabilt, mens antallet af forebyggelige indlæggelser varierer over året. 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.



2.1 Andel besøg leveret af borgernes faste hjælpere →

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

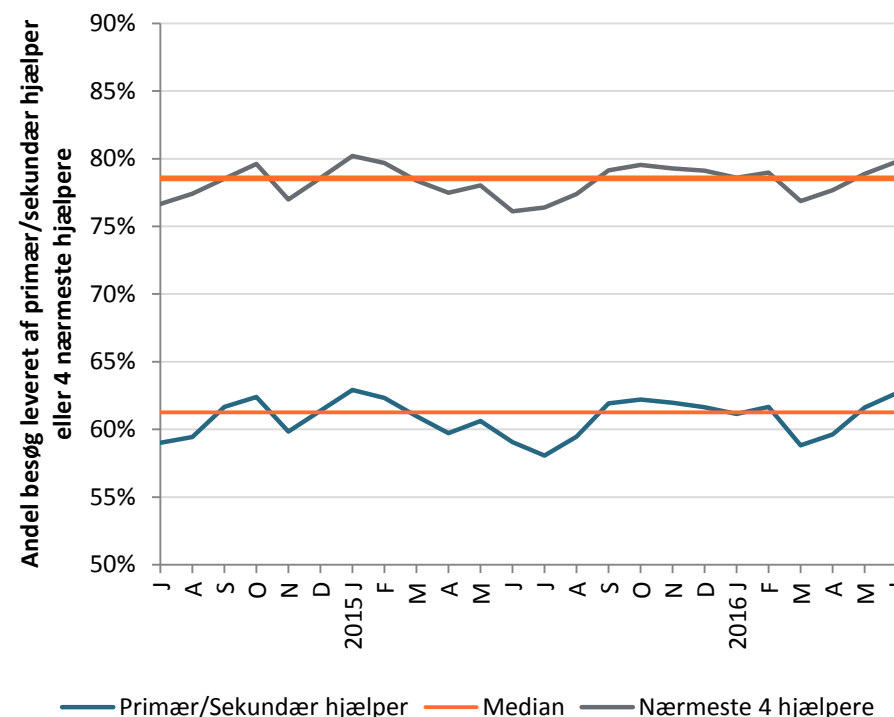
Sådan måler vi

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 borgernes primære eller sekundære hjælpere, er stort set uændret fra juli 2014 til juni 2016. I juni 2016 blev 63 procent af besøgene leveret af borgerens primære eller sekundære hjælpere - andelen har i perioden ligget mellem 58 og 63 procent.

Trods et løbende fokus har andelen af hjemmeplejebesøg, der leveres af primær og sekundær hjælpere, været nogenlunde konstant igennem en længere periode. I forbindelse med udmøntningen af værdighedsmidlerne igangsætter forvaltningen i 2. halvår 2016 en række initiativer, som har til formål at højne medarbejderkontinuiteten hos borgere, som modtager hjemmepleje. Initiativerne udvikles og afprøves i efteråret i lokalområde Vanløse-Brønshøj-Husum, for at forvaltningen derefter kan udbrede best practice til øvrige lokalområder i 2017. Som følge heraf forventer forvaltningen at kunne spore lokale forbedringer i måltallene ved udgangen af 2016, mens det samlede måltal for SUF først forventes højnet i løbet af 2017.

Figur 6- 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.



2.2 Kommunale tilsyn i plejebolig

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. Fra 2016 gennemføres tilsynene efter et nyt koncept, hvor der er øget fokus på læringsaspektet i forhold til institutionerne. Revisionsfirmaet BDO fører tilsyn på vegne af Københavns kommune.

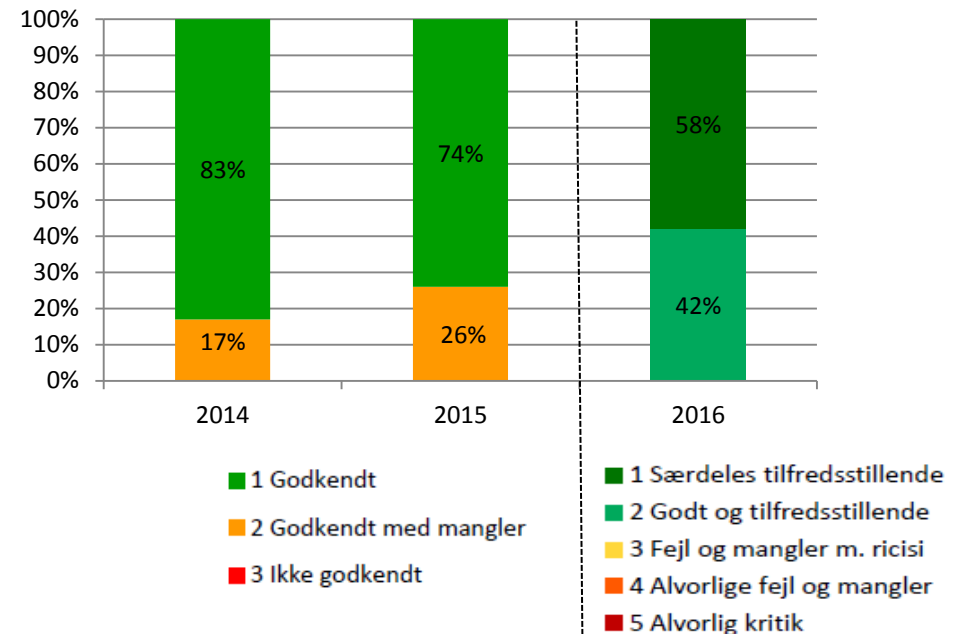
Sådan måler vi

BDO gennemfører tilsynsbesøg hos tilfældigt udvalgte borgere. Ved besøgene gennemføres interview med ledelse, observation af forskellige situationer, besøg i borgerens hjem inkl. interview med borgerne samt interview med medarbejderne. I 1. halvår 2016 er der udelukkende ført kommunale tilsyn med plejecentre, hvorfor udelukkende disse resultater er vist.

Der er indtil videre ført tilsyn med 12 plejecentre, hvoraf syv (58 %) plejecentre har opnået resultatet ”særdeles tilfredsstillende” og fem (42 %) blev vurderet som ”godt og tilfredsstillende”.

Resultaterne fra 1. halvår 2016 kan ikke direkte sammenlignes med resultaterne fra 2015 og 2014, idet der i 2016 er fem resultat kategorier i stedet for tre, men resultaterne peger i retning af en fremgang.

Figur 7 – Kommunale tilsyn i plejecentre



Kilde: BDO tilsynsrapporter



2.3 Embedslægetilsyn med plejecentre

Embedslægen har hidtil gennemført årlige 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. Fra sommeren 2016 er proceduren for tilsynene ændret, således at Embedslægens tilsyn bliver risikobaserede. Det er endnu ikke meldt ud, hvordan dette udmøntes i praksis.

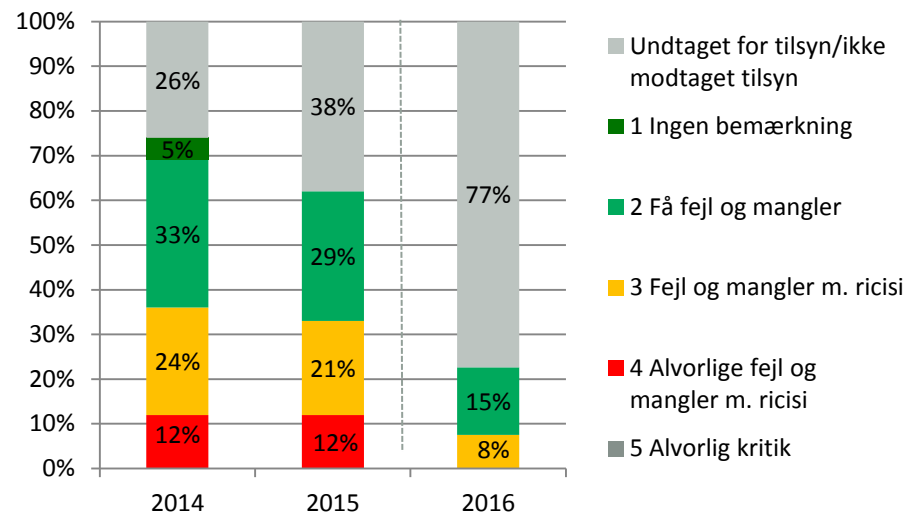
Sådan måler vi

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.

I 2016 er der kun gennemført ni tilsyn med plejecentrene, hvoraf de fem udgøres af opfølgende tilsyn på de plejecentre, der fik utilfredsstillende tilsynsresultater i 2015 (kategori 4). De opfølgende tilsyn er alle endt med et godt resultat, idet alle fem plejecentre har opnået resultatet ”få fejl og mangler (kategori 2). Blandt de fire, der har haft ordinært tilsyn har ét plejecenter opnået resultatet ”få fejl og mangler”, mens tre har opnået resultatet ”fejl og mangler med risici for patientsikkerheden” (kategori 3).

Forvaltningen har iværksat en omfattende forbedringsindsats på udvalgte plejecentre med henblik på at forbedre basiskvaliteten, herunder særligt indenfor områderne medicinhåndtering og sundhedsfaglig dokumentation. De fem plejecentre, som fik utilfredsstillende tilsynsresultater i 2015, har været de første plejecentre til at blive involveret i indsatsen. Disse 5 plejecentre har alle opnået en klar forbedring ved de opfølgende tilsyn i 2016. Yderligere fem plejecentre bliver involveret i forbedringsindsatsen i september 2016.

Figur 8 – Embedslægetilsyn med plejeboliger



Kilde: Embedslægens tilsynsresultater.

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



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

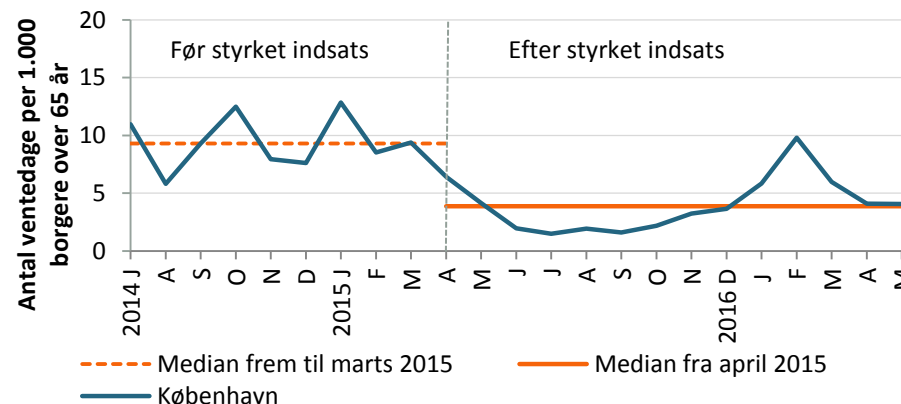
Antal ventedage pr. 1.000 borgere over 65 år bosiddende i Københavns Kommune. Ventedage er sengedage, hvor borgerne ligger færdigbehandlede på hospitalet.

I perioden januar til maj 2016 var der 1.825 ventedage, svarende til 30 ventedage per 1.000 borgere. I den samme periode i 2015 var der 2.485 ventedage, svarende til 41 ventedage per 1.000 borgere. Antallet af ventedage er således reduceret.

Det er imidlertid fortsat en udfordring at hjemtage færdigbehandlede patienter hurtigst muligt fra hospitalerne, og forvaltningen fortsætter med at have fokus på området. Forvaltningen arbejder fortsat på at udvikle samarbejdet med hospitalerne, med henblik på hurtigere fælles afklaring af borgernes behov i forbindelse med udskrivning fra hospitalet – således at borgerne kan hjemtages hurtigere. Samarbejdsaftalen mellem kommunen og Region Hovedstaden, som er den elektroniske kommunikation om indlæggelser og udskrivelser mellem region og kommune, er blevet revideret og træder i kraft i oktober 2016. Den reviderede samarbejdsaftale forventes at bidrage positivt i samarbejdet omkring hjemtagning af færdigbehandlede patienter fra hospitalerne.

Internt i forvaltningen arbejdes der ligeledes på at øge flowet på de midlertidige døgnpladser, således at borgerne hurtigere kommer videre til eget hjem eller plejebolig.

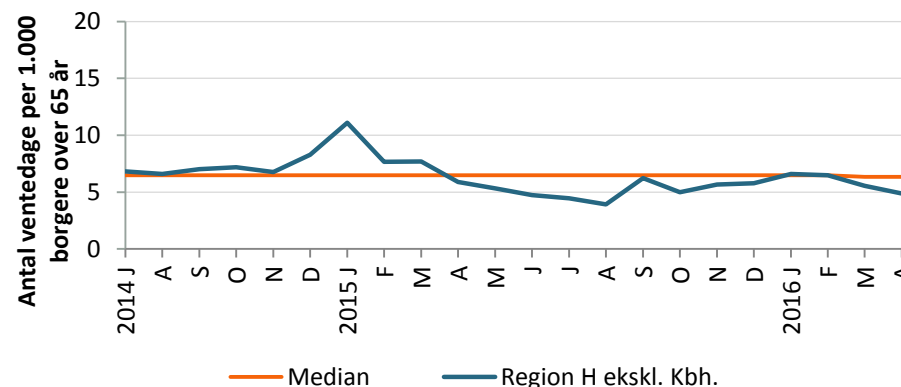
Figur 9 – Ventedage for borgere over 65 år i Københavns Kommune



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Der kan ikke opgøres data for juni måned 2016, da KØS ikke er opdateret.

Figur 10 – Ventedage Region Hovedstaden ekskl. København



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Der kan ikke opgøres data for maj og juni måned 2016, da KØS ikke er opdateret.



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

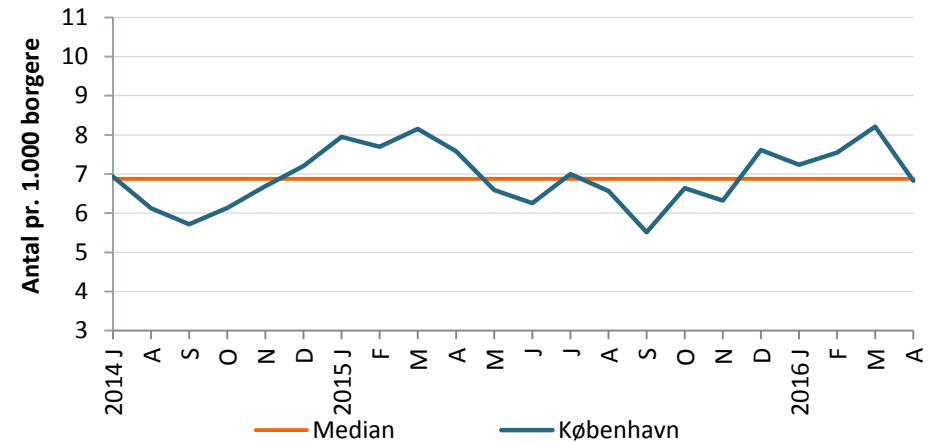
Antallet af forebyggelige indlæggelser er opgjort per 1.000 borgere over 65 år bosiddende i Københavns kommune. I opgørelsen indgår borgere, som har været i kontakt med et offentligt hospital.

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: Nedre luftvejssygdom, væskemangel, blærebetændelse, forstoppelse, ernæringsbetinget blodmangel, knoglebrud, tarminfektion, tryksår og sociale og plejemæssige forhold.

I perioden januar til april 2016 var der 1.826 forebyggelige indlæggelser for borgere over 65 år bosiddende i Københavns Kommune. Det svarer til 30 indlæggelser per 1.000 borgere over 65 år i København i denne periode. I den tilsvarende periode i 2015 var der 1.884 forebyggelige indlæggelser, svarende til 31 indlæggelser per 1.000 borgere over 65 år.

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.

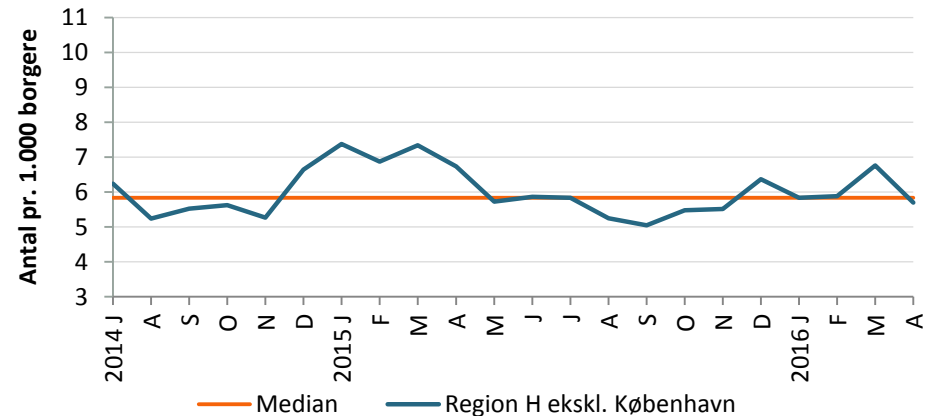
Figur 11 - Forebyggelige indlæggelser for borgere i Københavns Kommune – alle borgere over 65 år



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Der kan ikke opgøres data for maj og juni måned 2016, da KØS ikke er opdateret.

Figur 12 – Forebyggelige indlæggelser for borgere i Region Hovedstaden ekskl. København – alle borgere over 65 år



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Der kan ikke opgøres data for maj og juni måned 2016, da KØS ikke er opdateret.



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.

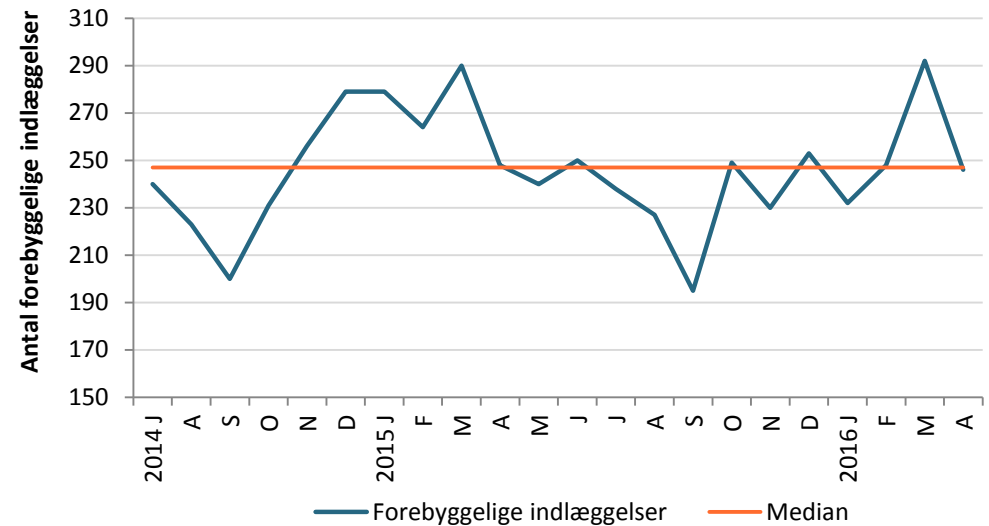
Sådan måler vi

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 til april 2016 var der 1.018 tilfælde, hvor kendte borgere over 65 år blev indlagt med en forebyggelig diagnose. I tilsvarende periode i 2015 var der 1.081 forebyggelige indlæggelser af kendte borgere.

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.

Figur 13 - Forebyggelige indlæggelser - kendte borgere over 65 år



Kilde: Berigede data fra eSundhed

Note: Der kan ikke opgøres data for maj og juni måned 2016, da KØS ikke er opdateret.

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

I slutningen af 2015 blev der igangsat et pilotprojekt på 6 plejecentre i lokalområdet Vanløse/Brønshøj/Husum med fokus på at forebygge indlæggelser af borgere med forebyggelige diagnoser. Projektet løber til udgangen af 2016. Som en del af indsatsen undersøger forvaltningen, hvad der er sket i forløbet op til og under indlæggelse og i tiden efter udskrivelse, for at kunne identificere mønstre i forbindelse med indlæggelser og blive klogere på, hvilke barrierer der er for at observationer af ændringer i borgerens tilstand bliver fulgt på med relevant handling. Resultater og redskaber fra indsatsen forventes at kunne anvendes bydækkende.



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

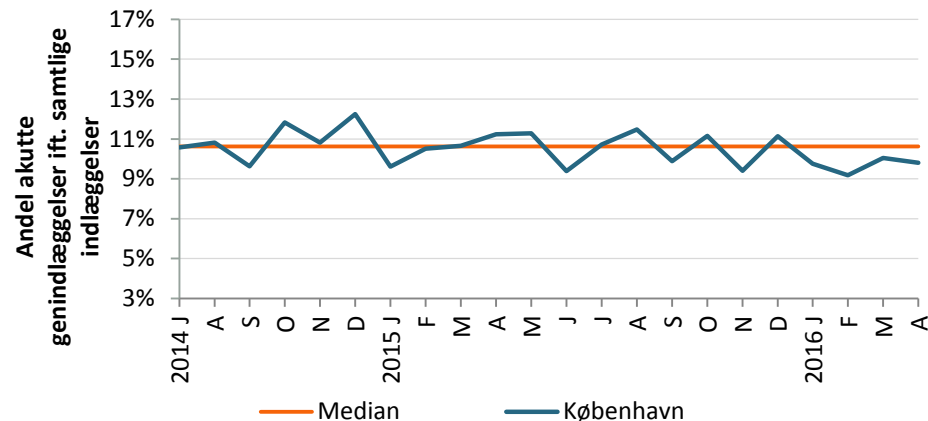
Andelen af akutte genindlæggelser på offentlige hospitaler i forhold til samtlige indlæggelser for borgere over 65 år bosiddende i Københavns kommune. En genindlæggelse opgøres som en fornyet indlæggelse indenfor 30 dage efter udskrivelse – uafhængig af diagnose. I opgørelsen indgår borgere, som har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

I perioden januar til april 2016 var der 1.079 genindlæggelser af borgere over 65 år i Københavns Kommune. I den tilsvarende periode i 2015 var der 1.200 genindlæggelser.

Andelen af akutte genindlæggelser set i forhold til samtlige indlæggelser for borgere over 65 år er forholdsvist stabilt i perioden juli 2014 til april 2016. Andelen ligger mellem 9,2 og 12,2 procent i perioden. Niveauet 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 genindlæggelserne, som skyldes forhold, der ligger udenfor kommunens ansvarsområde.

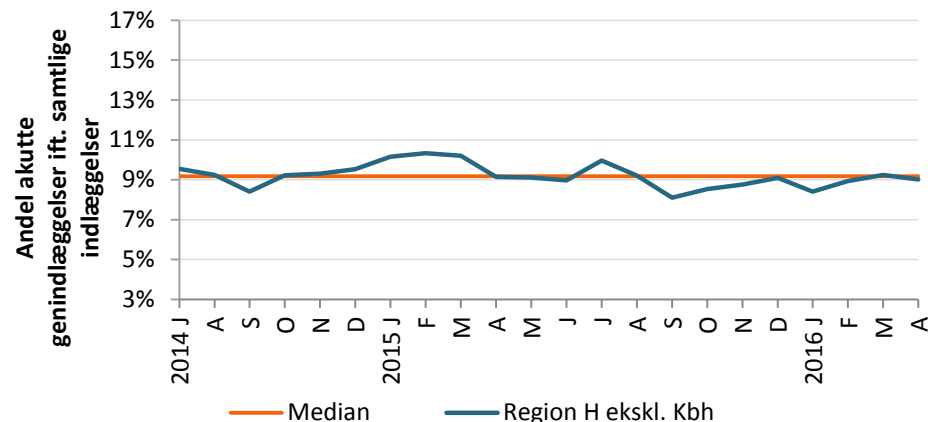
Figur 14 – Genindlæggelser for borgere over 65 år i Københavns Kommune



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Der kan ikke opgøres data for maj og juni måned 2016, da KØS ikke er opdateret.

Figur 15 – Genindlæggelser for borgere over 65 år i Region Hovedstaden ekskl. København



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Der kan ikke opgøres data for maj og juni måned 2016, da KØS ikke er opdateret.



2.8 Korttidsindlæggelser →

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

Sådan måler vi

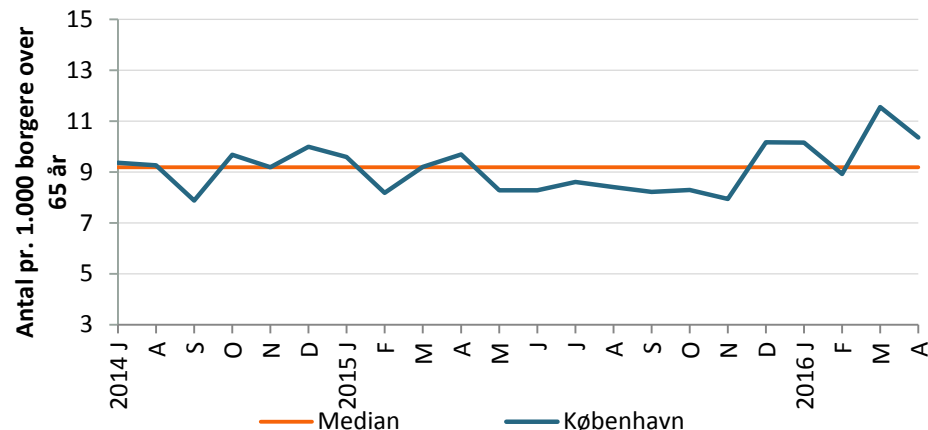
Antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser per 1.000 borgere over 65 år bosiddende i Københavns kommune. Korttidsindlæggelser opgøres som akutte indlæggelser på medicinske afdelinger, hvor borgeren udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse. I opgørelsen indgår borgere, som har været i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

I perioden januar til april 2016 var der 2.510 korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i kommunen. I tilsvarende periode i 2015 var der 2.202 korttidsindlæggelser for denne gruppe borgere.

Antallet af korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere over 65 år i København ligger forholdsvist stabilt i perioden juli 2014 til april 2016. København 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 en stor andel af korttidsindlæggelserne, som skyldes forhold, der ligger udenfor kommunens ansvarsområde.

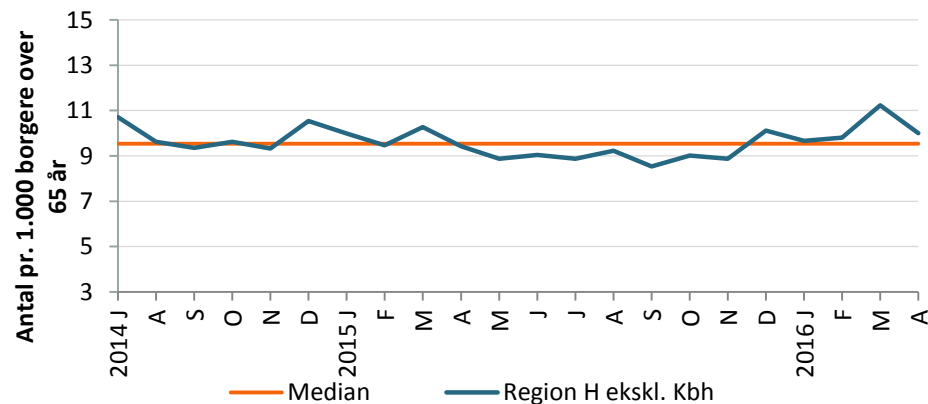
Figur 16 – Korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i Københavns Kommune



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Der kan ikke opgøres data for maj og juni måned 2016, da KØS ikke er opdateret.

Figur 17 – Korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i Region Hovedstaden ekskl. Københavns Kommune



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Der kan ikke opgøres data for maj og juni måned 2016, da KØS ikke er opdateret.



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.

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

1. Antal patientrettede forebyggelsesforløb for borgere med KOL, diabetes og hjertesygdom
2. Antal tilmeldte borgere til kommunens rygestopforløb
3. Andel der gennemfører rygestopforløb og forbliver røgfri
4. Kortuddannede københavnere brug af rygestopsamtaler og rygestopkurser

Hvad viser udviklingen?

Ad 1. Der har været opstartet ca. 1.000 patientrettede forebyggelsesforløb for borgere med enten KOL, hjertekarsygdomme eller diabetes i 1. halvår 2016. Dette er på niveau med tidligere år, når der tages højde for, at der mangler registreringer af en del af diabetesforløbene i juni måned grundet omorganiseringen af diabetes-indsatsen.

Ad 2. I 1. halvår 2016 var 1.089 borgere tilmeldt et rygestopforløb. Dermed er 37 procent af måltallet for 2016 nået.

Ad 3. Af de borgere, der gennemførte et rygestopforløb i perioden januar til april 2016, var 4 ud af 5 røgfrie ved kursets afslutning. Det er en lidt højere succesrate end i 1. halvår 2014 og 2015. Andelen der gennemfører et rygestopforløb er uændret.

Ad 4. Kortuddannede københavnere modtog 4 ud af 10 af de rygestopsamtaler, der blev foretaget i 1. halvår 2016. Det er på niveau med resultatet for 1. halvår 2015. På rygestopkurserne var knap 6 ud af 10 af deltagerne kortuddannede; en lidt større andel end i 1. halvår 2015.



3.1 Patientrettet forebyggelse →

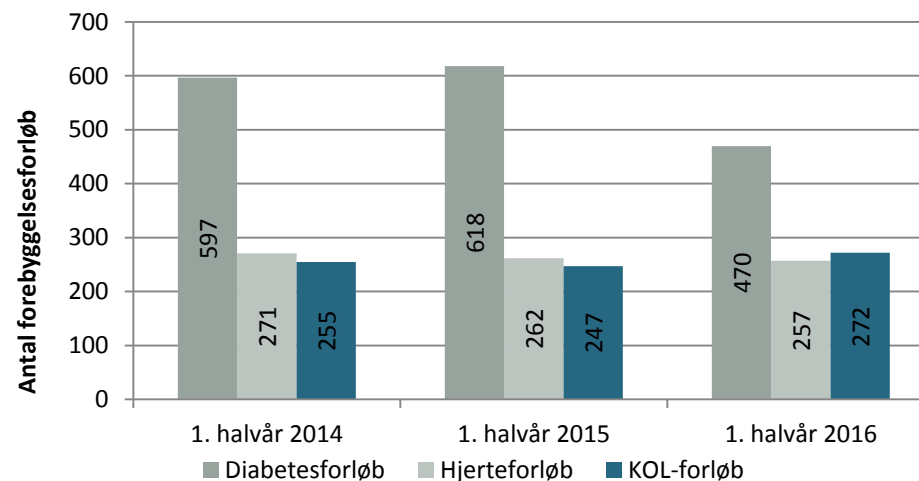
Patientrettede forebyggelsesforløb er tilbud, hvor kronisk syge i Københavns Kommune kan få støtte og inspiration til en sund livsstil med en kronisk sygdom. Forløbene kan indeholde følgende aktiviteter: Fysisk træning, kostvejledning, madlavning, undervisning i kroniske sygdomme samt rygestopvejledning.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

Antallet af hjerteforløb og KOL-forløb er stabilt, mens der ses et fald i antallet af diabetesforløb. Faldet i det samlede antal diabetesforløb i 1. halvår 2016 skyldes primært, at der er registreret markant færre diabetesforløb i juni måned 2016 end i de foregående måneder. Forvaltningen vurderer, at dette skyldes omorganiseringen af diabetesindsatsen, hvor Center for Diabetes er blevet dannet. Center for Diabetes har ikke kunne registrere/åbne forløb op for nyhenviste borgere før 1. juli 2016. Ved opstart af Center for Diabetes overtog centeret ca. 80 nyhenviste borgere fra forebyggelsescentrene.

Figur I8 – Patientrettet forebyggelse



Kilde: CSC Sundhed Suite



3.2 Tilmeldte borgere til rygestopforløb X

Ryging 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 2016 er målet, at 2.950 borgere tilmelder sig et rygestopforløb.

Sådan måler vi

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

I 1. halvår 2016 var 1.089 borgere tilmeldt et rygestopforløb. Dermed er 37 procent af måltallet for 2016 realiseret. Der er flere borgere, der har tilmeldt sig til et rygestopforløb i 1. halvår 2016 end i 1. halvår 2014 og 2015, men da måltallet er blevet opjusteret, er målopfyldelsesgraden på niveau.

Tabel 1 – Tilmeldte til kommunens rygestopforløb i forebyggelsescentrene

	2014	2015	2016	Udvikling ift. 2015 (%)
Måltal for tilmeldte borgere til rygestopforløb (år)	1.950	2.450	2.950	20 %
Antal tilmeldte borgere til rygestopforløb i 1. halvår	722	806	1.089	35 %
Målopfyldelsesgrad af årsmål	37 %	33 %	37 %	4 %-point



3.3 Andel der gennemfører et rygestopforløb og bliver 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.

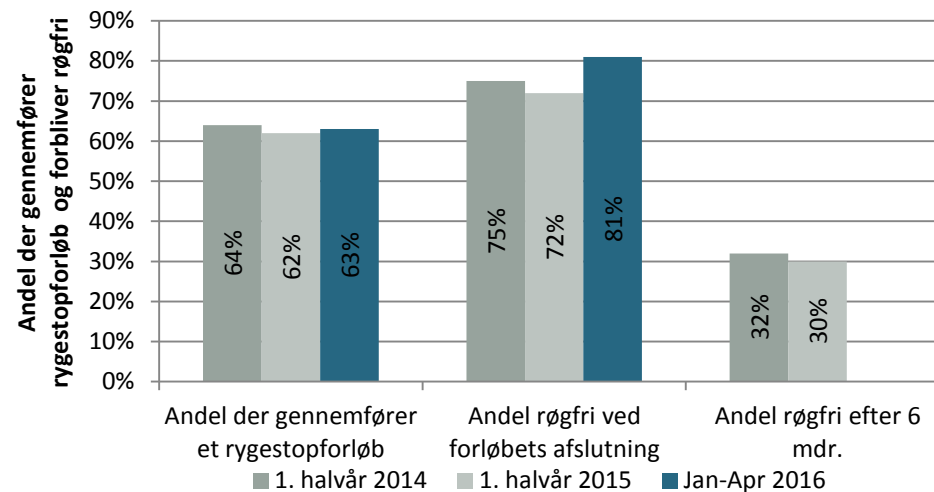
Sådan måler vi

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 perioden januar-april 2016 var det 63 % af de borgere, der var tilmeldt et rygestopforløb, som gennemførte forløbet - det er på niveau med andelen der gennemførte forløbene i 1. halvår 2014 og 1. halvår 2015. Af de borgere, der gennemførte forløbet, var 81 pct. røgfrie ved forløbets afslutning, hvilket er en større andel end i 1. halvår 2014 og 2015.

For 2016 er det endnu ikke muligt at opgøre, hvor mange af de deltagere, der gennemførte forløbet, som var røgfrie efter 6 måneder.

Figur 19 – Andel der gennemfører et rygestopforløb og bliver røgfri



Kilde: Rygestopbasen

Note: Det er endnu ikke muligt at opgøre andel røgfri efter 6 mdr. for 2016.

Note: Afvigelser i tallene i forhold til halvårsrapporten for 1. halvår 2015 skyldes efterregistreringer.



3.4 Kortuddannede københavnernes brug af rygestopsamtaler og rygestopkurser →

Der er flere kortuddannede end højtuddannede borgere, der ryger. Derfor måles på, hvor stor en andel af rygestopsamtalerne, der gennemføres med kortuddannede københavnere. Ligeledes måles på, hvor stor en andel af deltagerne på rygestopkurserne, der er kortuddannede.

Sådan måler vi

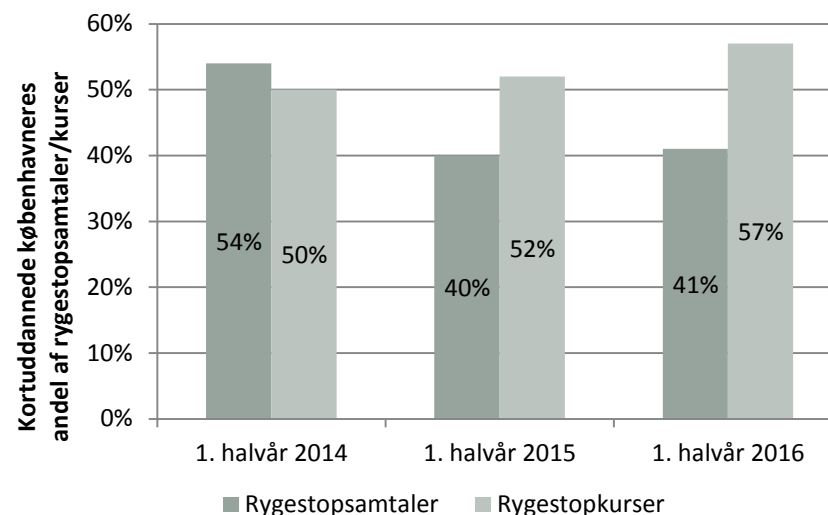
Andelen af rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere, sat i forhold til alle rygestopsamtaler med københavnere hos Stoplinien.

Andelen af kortuddannede deltagere på rygestopkurserne sat i forhold til alle deltagerne på rygestopkurserne.

Alene borgere i alderen 30+år indgår.

Kortuddannede københavnere modtog 41 procent af de rygestopsamtaler, der blev foretaget i 1. halvår 2016. Det er på niveau med resultatet for 1. halvår 2015. På rygestopkurserne var 57 procent af deltagerne i perioden januar-april 2016 kortuddannede; en lidt større andel end i 1. halvår 2015.

Figur 20 –Kortuddannede københavnernes brug af rygestopsamtaler og rygestopkurser



Kilde: Stoplinien og Rygestopbasen.

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.

Note: 2016-tallene for rygestopkurser omfatter kurser fra januar-april.

Note: Afvigelser i tallene i forhold til halvårsrapporten for 1. halvår 2015 skyldes efterregistreringer.

4. Ventetider

4.1 Sagsbehandlingstider for hjemmepleje, hjælpemidler og plejebolig ✓

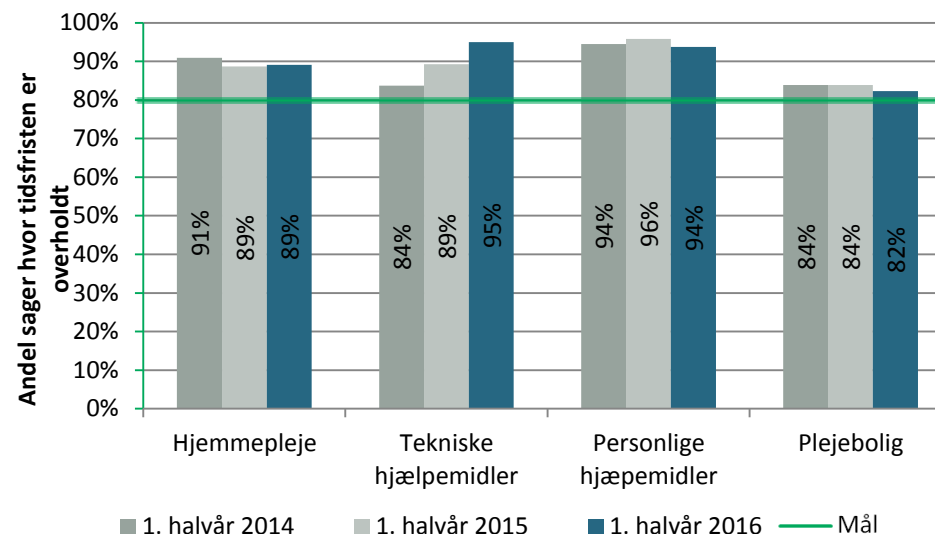
Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt, at sagsbehandlingsfristerne for hjemmepleje (personlig pleje og praktisk hjælp) og plejebolig er 10 hverdage. For tekniske og personlige hjælpemidler er sagsbehandlingsfristen 20 hverdage, medmindre der er brug for flere oplysninger i sagen, i så fald er sagsbehandlingstiden 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 2016.

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.

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 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.

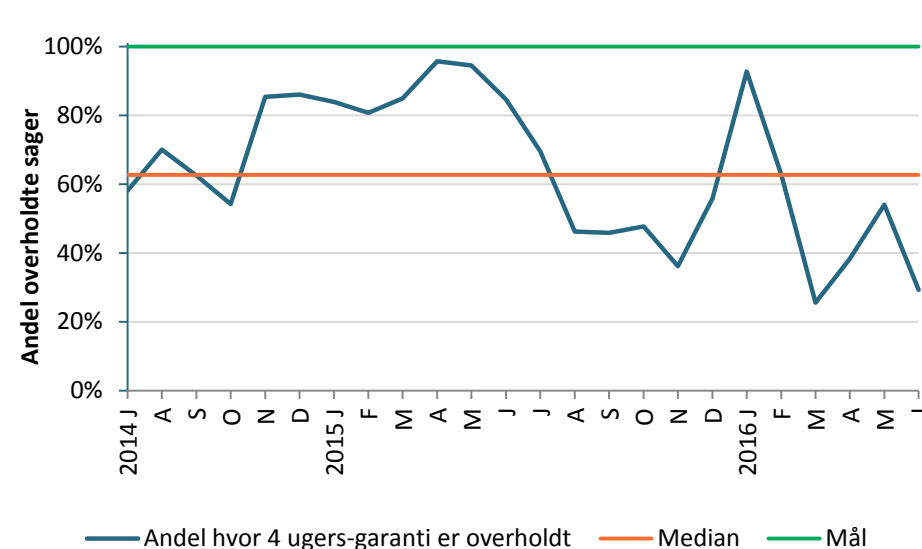
Sådan måler vi

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

I I. halvår 2016 var 294 sager omfattet af 4 ugers-garantien, og garantien blev overholdt i 144 af sagerne. I I. halvår 2016 blev 4 ugers-garantien således overholdt i 49 % af alle sager. Målet om, at alle godkendte borgere skal have tilbud om en plejebolig inden for 4 uger, er dermed ikke opfyldt.

4-ugersgarantien har generelt været under pres de seneste år, og der har været markante periodiske udsving. Forvaltningen har analyseret mulige årsager til den manglende overholdelse af 4 ugers-garantien, og resultaterne heraf vil blive forelagt udvalget.

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.

Sådan måler vi

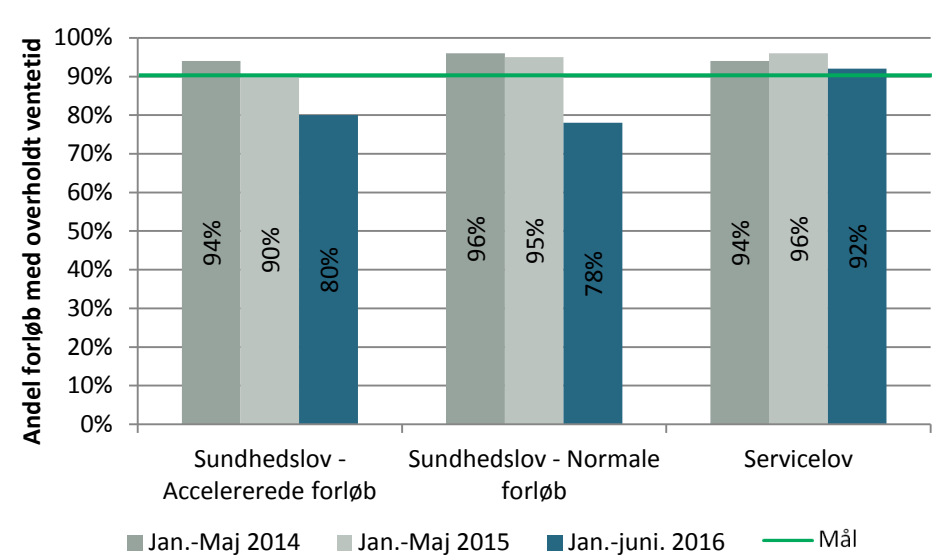
Andelen af genoptræningsforløb, hvor ventetiderne er overholdt. Borgernes samlede ventetid beregnes fra modtagelse af henvendelse til dato for første tilbudte aftale

Målet om at ventetiden skal overholdes for minimum 90 % af forløbene er overholdt for genoptræningsforløb over serviceloven, men ikke for genoptræningsforløb efter sundhedsloven.

Andelen af genoptræningsforløb efter serviceloven, hvor ventetiden er overholdt, ligger i halvår 2016 nogenlunde på niveau med tilsvarende periode i 2014 og 2015. Andelen af genoptræningsforløb efter sundhedsloven, hvor ventetiden er overholdt, ligger noget lavere end i 1. halvår 2015, særligt for de normale forløb. Det skyldes primært, at den maksimale ventetid til normale forløb efter sundhedsloven er reduceret fra 15 til 10 hverdage pr. 1. januar 2016.

Forvaltningen følger op på implementeringen af de forkortede ventetidsfrister med henblik på sikre overholdelse af de fastsatte ventetider.

Figur 23 – 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.

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. For forløb efter serviceloven er den maksimale ventetid reduceret fra 24 til 20 hverdage.



5. Sygefravær

5.1 Sygefravær blandt fuldtidsansatte og elever X

Borgerrepræsentationen har tidligere fastlagt måltal for sygefraværet i Københavns Kommune i perioden 2013-2015. Borgerrepræsentationen har endnu ikke godkendt nye måltal for 2016 -2018 (dette forventes at ske i efteråret 2016). Da der endnu ikke er fastlagt måltal for 2016, anvendes i opgørelsen måltallene for 2015, som er 13,1 dagsværk per fuldtidsansat og 14,2 dagsværk per elev.

I Københavns Kommune har der ikke været adgang til at trække sygefraværstal fra marts til juni 2016 pga. overgang til nyt lønsystem. Der er stadig lidt usikkerhed om sygefraværstallene, men forvaltningen vurderer, at usikkerheden på nuværende tidspunkt er begrænset.

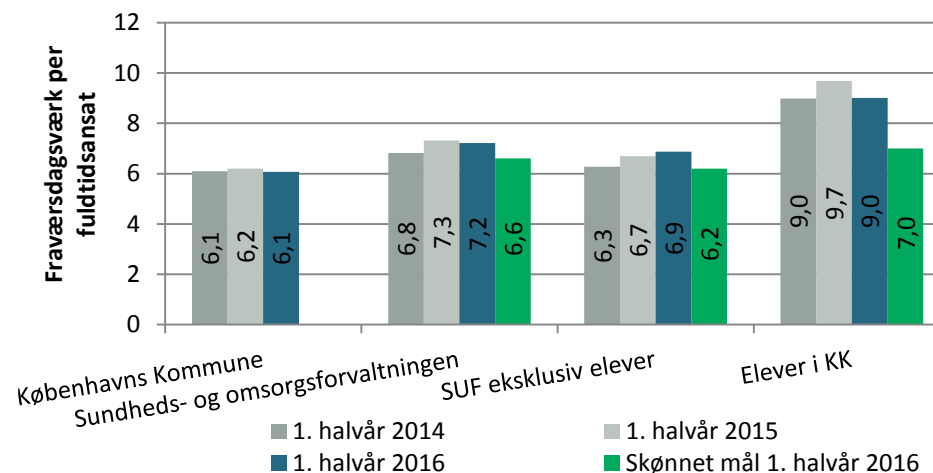
Sådan måler vi

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

Sygefraværet for ansatte i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i I. halvår 2016 er på niveau med sygefraværet i I. halvår 2015. Sundheds- og Omsorgsforvaltningens sygefravær var i I. halvår 2016 på 7,2 dagsværk per fuldtidsansat, hvilket er 0,6 dagsværk over målet for perioden.

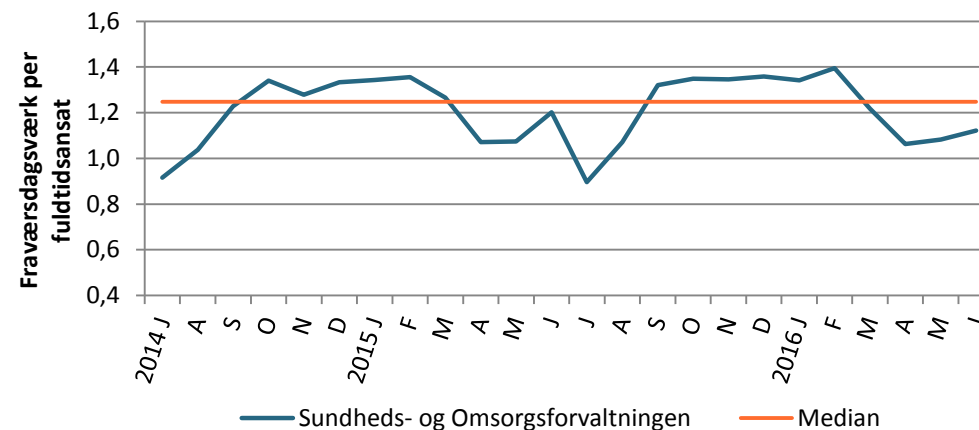
Sygefraværet blandt elever var i I. halvår 2016 på 9,0 dagsværk per elev. Det er 0,7 dagsværk lavere end i I. halvår 2015 men fortsat over målet.

Figur 24 – Sygefravær i SUF sammenlignet med Københavns kommune



Kilde: Rubin

Figur 25 – Sygefravær i SUF



Kilde: Rubin



Kommentarer til udviklingen i sygefraværet

Sundheds- og Omsorgsudvalget besluttede i oktober 2015 et mål om at sygefraværet for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i 1. kvartal 2016 skulle være lavere end i 1. kvartal 2015. Dette mål er ikke nået. Sygefraværet er dog ikke steget i perioden, men er på et uændret niveau.

Når det endnu ikke er lykkedes at nedbringe fraværet, kan det skyldes, at mange af de indsatser, der er igangsat, er langsigtede og kræver tid, før de slår igennem på fraværet. Nogle indsatser kan medføre en **stigning i fraværet på kort sigt**, men et fald i fraværet på længere sigt. Det kan fx være afskedigelser af medarbejdere med højt fravær, hvor medarbejderne melder sig syge i opsigelsesperioden eller lederskift, hvor en ny leder arbejder med at ændre en uhensigtsmæssig kultur og/eller stiller andre krav til medarbejderne.

Elevfraværet er faldet efter at have været stigende i en årrække. Det skyldes formentlig bl.a. erhvervsuddannelsesreformen fra 2015, som betyder, at de elever, der ansættes, skal opfylde højere krav end tidligere og må antages at være mere motiverede og robuste.

Det høje sygefravær i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen kan til dels være **strukturelt betinget**. Sundheds- og Omsorgsforvaltningens største faggruppe er SOSU-medarbejdere (SOSU-hjælpere og -assistenter). SUFs SOSU-medarbejdere har et højt sygefravær sammenlignet med andre faggrupper i kommunen, men sammenlignet med de øvrige kommuner i Region Hovedstaden er SUF's sygefravær for SOSU-medarbejdere ikke højt. Sygefraværet for SOSU-medarbejdere har været stigende fra 2014 til 2015 for kommunerne under ét.

Forvaltningen har siden efteråret 2015 igangsat en række **skærpede indsatser** for at nedbringe sygefraværet. Der er fx igangsat differentierede indsatser på de 20 enheder, der har det højeste korttidsfravær, forvaltningens lokalområder har på forskellige måder arbejdet med at styrke mellemlidernes roller og redskaber i fraværsarbejdet, der er oprettet en lederrettet intranetside,

som samler viden, redskaber, spørgsmål og svar om sygefraværdata og links til steder, hvor man kan få hjælp til fraværsarbejdet (fx Arbejdsmiljø København), der er udarbejdet en vejledning til ledere om rekruttering med fokus på hvordan man kan undgå at rekruttere sig til fravær og der er sat fokus på at forbedre sagsbehandlingen i vanskelige fraværssager.

Figuroversigt

Figur 1- Andel nye borgere med udredning og rehabilitering	7
Figur 2- Andel kendte borgere med udredning og rehabilitering	7
Figur 3- Behov for hjælp 7 dage efter rehabiliteringsforløb	8
Figur 4 - Genoptræningsforløb efter sundhedsloven for alle borgere.....	9
Figur 5 - Genoptræningsforløb for borgere over 65 år	9
Figur 6- Andel besøg leveret af primær/sekundær hjælper eller 4 nærmeste hjælpere	11
Figur 7 – Kommunale tilsyn i plejecentre	12
Figur 8 – Embedslægetilsyn med plejeboliger	13
Figur 9 – Ventedage for borgere over 65 år i Københavns Kommune	14
Figur 10 – Ventedage Region Hovedstaden ekskl. København	14
Figur 11 - Forebyggelige indlæggelser for borgere i Københavns Kommune – alle borgere over 65 år	15
Figur 12 – Forebyggelige indlæggelser for borgere i Region Hovedstaden ekskl. København – alle borgere over 65 år.....	15
Figur 13 - Forebyggelige indlæggelser - kendte borgere over 65 år	16
Figur 14 – Genindlæggelser for borgere over 65 år i Københavns Kommune	17
Figur 15 – Genindlæggelser for borgere over 65 år i Region Hovedstaden ekskl. København	17
Figur 16 – Korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i Københavns Kommune	18
Figur 17 – Korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i Region Hovedstaden ekskl. Københavns Kommune	18
Figur 18 – Patientrettet forebyggelse	20
Figur 19 – Andel der gennemfører et rygestopforløb og bliver røgfri	22
Figur 20 –Kortuddannede københavnernes brug af rygestopsamtaler og rygestopkurser	23
Figur 21 – Sagsbehandlingstider	24
Figur 22 – 4 ugers-garanti for plejebolig.....	25

Figur 23 – Ventetider til genoptæning	26
Figur 24 – Sygefravær i SUF sammenlignet med Københavns kommune .	27
Figur 25 – Sygefravær i SUF	27

KØBENHAVNS KOMMUNE

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Center for Kvalitet og Sammenhæng

Afdeling for Data og Analyse

www.kk.dk