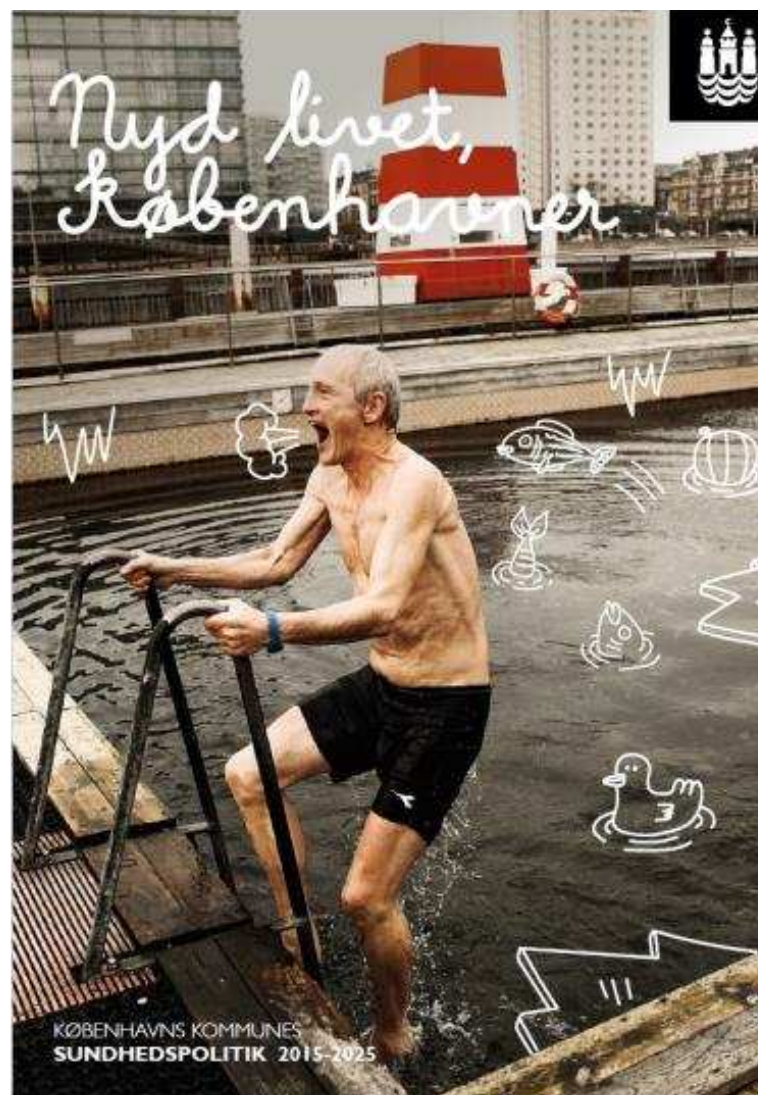
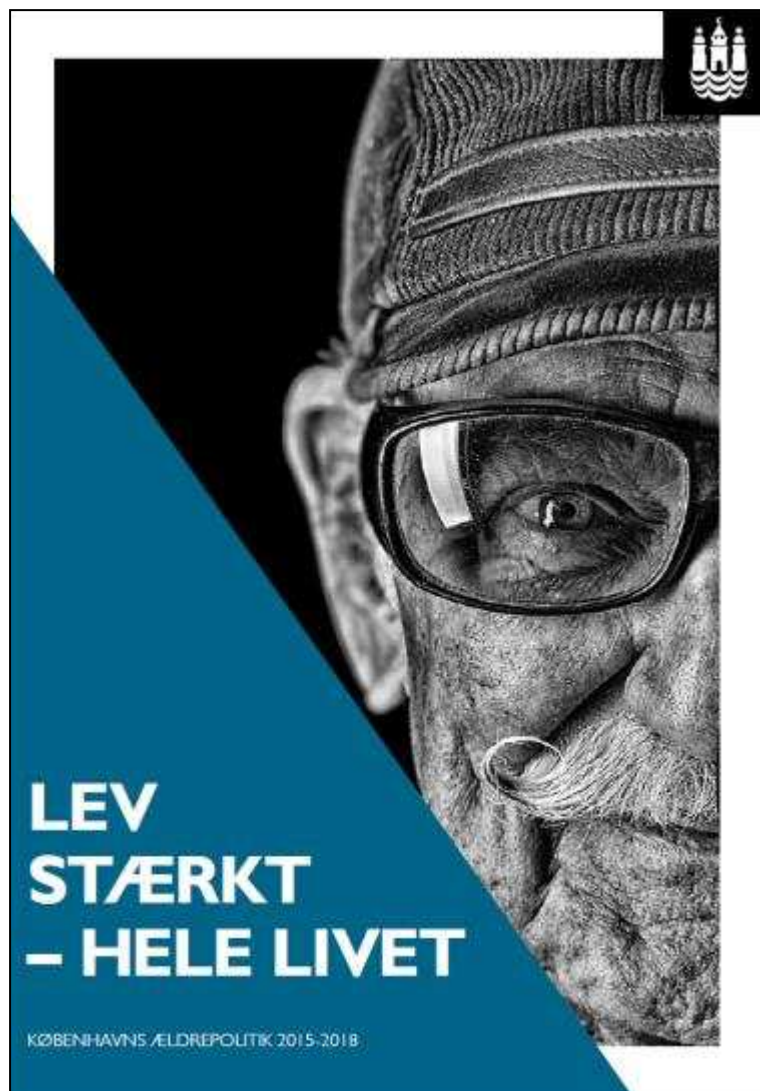


# Årsrapport for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen 2016



## Forord

Årsrapporten 2016 giver os et billede af, om vi lykkes med vores mission. At give københavnere lige muligheder for sunde, selvstændige og værdige liv. Og om vi har gjort en forskel med omsorgen for de ældre og i behandling og fremme af sundhed for alle københavnere. Den giver os en tur i helikopteren, så vi kan se, om vi er nået i mål med de vigtigste målsætninger og fokusområder, så vi bevæger os i den retning, det politisk er besluttet, at vi skal.

Med signalfarver fra et trafiklys bliver det tydeligt, hvor det kører godt, og hvor der er behov for at standse op og finde nye måder at gøre tingene på. Når vi ser på landskabet fra oven, er vi langt hen af vejen lykkedes med vores arbejde. Men det står også klart, at der stadig er nogle bump, som vi skal have ryddet væk.

Jeg er glad for, at vi forsat lykkes med at få færdigbehandlede borgere hurtigere hjem fra hospitalerne, oven i købet i sådan en grad, at vi har færre ventedage pr. borger end gennemsnittet i Region Hovedstaden. Det går også fremad, når det gælder rehabilitering af ældre i hjemmeplejen, som nu omfatter både nye og kendte borgere, ligesom ensomheden på plejehjemmene er mindsket. Omvendt er der et stykke vej endnu, når det gælder om, at få sænket sygefraværet, til trods for at der er sket et fald i elevernes sygefravær. Vi har også stadig udfordringer med at overholde 4-ugers garantien for plejeboliger og leve op til de ældres ønske om, at det er de samme hjælpere, der kommer i hjemmet.

På rigtig mange områder viser rapporten, at vi fastholder niveauet fra sidste år. Det gælder fx genindlæggelser og tilsyn med hjemmepleje og sygepleje, hvor der i sidstnævnte ikke blev fundet alvorlige fejl og mangler. Alt i alt

synes jeg, at årsrapporten giver fine indsigter, som vi kan bruge til at skabe nyt udsyn.

Jeg glæder mig også over, at der er kommet nye områder til, som borgerens egen oplevelse af udbyttet af rehabiliteringen, de pårørendes vurdering af plejecentrene og andel af kortuddannede i forebyggelsesforløb. Her bliver det spændende at følge udviklingen i de kommende år.

God læsning.

Katja Kayser, Adm. direktør

# Indholdsfortegnelse

<b>INDLEDNING</b> .....	<b>4</b>
<b>1. FRIHED TIL AT LEVE LIVET</b> .....	<b>7</b>
1.1 ANDEL BORGERE MED UDREDNING & REHABILITERING √ .....	9
1.2 POSITIV UDBYTTTE AF REHABILITERINGSFORLØB √ .....	10
1.3 BORGEROPLEVET EFFEKT AF UDREDNING OG REHABILITERING BASELINE .....	11
1.3 GENOPTRÆNINGSFORLØB .....	12
1.4 BORGEROPLEVET EFFEKT AF GENOPTRÆNINGSFORLØB BASELINE .....	13
1.5 BRUGERNES VURDERING AF HJEMMEPLEJEN – FRIHED .....	14
1.6 BRUGERNES VURDERING AF PLEJECENTRENE – FRIHED .....	15
<b>2. TRYGHED I HVERDAGEN</b> .....	<b>16</b>
2.1 FASTE HJÆLPERE I HJEMMEPLEJEN .....	17
2.2 KOMMUNALE TILSYN .....	19
2.3 EMBEDSLÆGETILSYN MED PLEJECENTRE .....	20
2.4 VENTEDAGE FOR FÆRDIGBEHANDLEDE BORGERE .....	21
2.5 FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER – ALLE BORGERE OVER 65 ÅR .....	22
2.6 FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER - KENDTE BORGERE OVER 65 ÅR .....	23
2.7 GENINDLÆGGELSER .....	24
2.8 KORTTIDSINDLÆGGELSER .....	25
2.9 BRUGERNES VURDERING AF HJEMMEPLEJEN – TRYGHED .....	26
2.10 BRUGERNES VURDERING AF PLEJECENTRENE – TRYGHED .....	27
<b>3. MEDBORGERSKAB HELE LIVET</b> .....	<b>28</b>
3.1 BRUGERNES VURDERING AF HJEMMEPLEJEN - MEDBORGERSKAB .....	29
3.3 BRUGERNES VURDERING AF PLEJECENTRENE – MEDBORGERSKAB .....	30
BRUGERNES OPLEVELSE AF ENSOMHED .....	31
3.1 DE PÅRØRENDES VURDERING AF PLEJECENTRENE – MEDBORGERSKAB BASELINE ....	32
<b>4. FOREBYGGELSE, BEHANDLING OG REHABILITERING</b> .....	<b>33</b>
4.1 ANTAL PATIENTRETTEDE FOREBYGGELSEFORLØB .....	34

4.2 ANDEL KORTUDDANNEDE I FOREBYGGELSEFORLØB BASELINE .....	35
4.1 DIABETESFORLØB BASELINE .....	36
4.2 TILMELDTE BORGERE TIL RYGESTOPFORLØB X .....	38
4.3 ANDEL DER GENNEMFØRER ET RYGESTOPFORLØB OG BLIVER RØGFRI .....	39
4.4 KORTUDDANNEDE KØBENHAVNERES BRUG AF RYGESTOPSAMTALER OG RYGESTOPKURSER .....	40
<b>5. VENTETIDER</b> .....	<b>41</b>
5.1 SAGSBEHANDLINGSTIDER FOR HJEMMEPLEJE, HJÆLPEMIDLER OG PLEJEBOLIG √ .....	41
5.2 VENTETID TIL PLEJEBOLIG – 4 UGERS-GARANTI X .....	42
5.3 VENTETIDER TIL GENOPTRÆNING X .....	43
<b>6. SYGEFRAVÆR</b> .....	<b>44</b>
6.1 SYGEFRAVÆR BLANDT FULD TIDSANSATTE OG ELEVER X .....	44
<b>7. OVERORDNET BRUGERTILFREDSHED</b> .....	<b>45</b>
7.1 POLITISK MÅL OM NIVEAU FOR SAMLET TILFREDSHED .....	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 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

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 sammenlignes med landsgennemsnittet.

## Nye indikatorer følges de kommende år

Årsrapporten for 2016 indeholder nogle nye indikatorer. 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

- ✓ Andel borgere med udredning & rehabilitering
- ✓ Positivt udbytte af udredning og rehabilitering
- Genoptræning
- ✗ Brugernes vurdering af hjemmeplejen – frihed
- Brugernes vurdering af plejecentrene - frihed

#### Tryghed i hverdagen

- Andel besøg leveret af faste hjælpere i hjemmeplejen
- Kommunale tilsyn
- ↗ Embedslægetilsyn
- ↘ Ventedage for færdigbehandlede borgere
- Forebyggelige indlæggelser – kendte borgere over 65 år
- Genindlæggelser
- Korttidsindlæggelser
- Brugernes vurdering af hjemmeplejen – tryghed
- Brugernes vurdering af plejecentrene – tryghed

#### Medborgerskab

- ↘ Brugernes oplevelse af ensomhed
- Brugernes vurdering af hjemmeplejen – medborgerskab
- ↗ Brugernes vurdering af plejecentrene – medborgerskab

### Sundhedspolitikken

#### Forebyggelse, behandling og rehabilitering

- Patientrettet forebyggelse
- ✗ Tilmeldte borgere til rygestopforløb
- Gennemførelse og effekt af rygestopforløb
- Kortuddannede københavnernes brug af rygestoptilbuddene

### 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 plejecentrene, Center for Kræft og Sundhed og visitation
- ✗ Brugernes samlede tilfredshed med hjemmeplejen, midlertidige pladser samt pårørendes samlede tilfredshed med plejebolig



## Status

Årsrapporten for 2016 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. Københavns Kommune har færre ventedage pr. borger end gennemsnittet i Region Hovedstaden.

Forvaltningen har igennem længere tid haft fokus på at styrke borgernes rehabilitering, og årsrapporten viser, at det fortsat går fremad med at rehabilitere ældre borgere i hjemmeplejen. Årsrapporten peger også på en forbedring ift. ensomhed samt brugernes vurdering af plejecentrene mht. medborgerskab.

Embedslægetilsynene i 2016 har ikke fundet alvorlige fejl og mangler med risiko for patientsikkerheden på de 9 plejecentre, der har modtaget tilsyn.

Samtidigt har forvaltningen **nået de politiske målsætninger** i forhold til overholdelse af sagsbehandlingsfrister for hjemmepleje, hjælpemidler og plejebolig, i forhold til ventetider til genoptræning efter Serviceloven og mht. brugertilfredshed på plejecentre og Center for Kræft og Sundhed.

Årsrapporten viser, at hovedparten af indikatorerne er **uændrede fra 2015 til 2016**. Det gælder blandt andet i forhold til genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser samt patientrettede forebyggelsesforløb. Det er ligeledes lykkedes at fastholde niveauet mht. tilsyn med hjemmepleje og sygepleje. Brugernes vurdering af tryghed i hjemmeplejen og på plejecentre er samlet set uændret, ligesom der ikke ses en ændring i hjemmeplejemodtagernes vurdering af medborgerskab. Brugernes vurdering

af, hvorvidt den hjælp de får på plejecentret bidrager til større frihed, ligger samlet set på niveau med sidste år.

Det er **ikke lykkedes at nå de politiske mål** for sygefraværet, på trods af et fald i elevernes sygefravær. Det er heller ikke lykkedes at nå måltallet for overholdelse af ventetider til genoptræning efter sundhedsloven. Forvaltningen følger op på implementeringen af de forkortede ventetidsfrister med henblik på sikre overholdelse af de fastsatte ventetider. Ligeledes ligger den samlede brugertilfredshed i hjemmeplejen, på midlertidige pladser og blandt pårørende til borgere i plejebolig under det fastsatte mål.

I 2016 var 2.542 borgere tilmeldt et rygestopforløb, det er 32 procent flere end i 2015. Stigningen i antallet af forløb har ikke været nok til at nå måltallet, som er blevet opjusteret - forvaltningen har realiseret 86 procent af måltallet for 2016.

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.

Det er ligeledes en udfordring at øge andelen af besøg i hjemmeplejen, der leveres af borgernes faste hjælpere. Andelen har længe ligget stabilt. I 2017 fortsætter forvaltningen med et projekt, der har til formål at øge medarbejderkontinuiteten og borgernes tilfredshed med antallet af hjælpere.

Der er et mindre **fald** i hjemmeplejemodtagernes oplevelse af, at hjemmeplejen bidrager til øget frihed.



## 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 har positivt udbytte mht. deres behov for hjælp 7 dage efter endt forløb.
3. Hvor stor en andel af udrednings- og rehabiliteringsforløbene, hvor borgeren oplever en positiv effekt af forløbet.
4. Hvor mange borgere, der modtager genoptræning og derigennem får mulighed for at fastholde deres funktionsniveau.
5. Hvor stor en andel af genoptræningsforløbene, hvor borgeren oplever en positiv effekt af forløbet.
6. 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. Målene for, hvor stor en andel af nye og kendte borgere, der skal modtage udredning og rehabilitering, er nået.

Ad 2. I 2016 har 53 procent af de nye borgere og 51 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.

Ad 3. Cirka 60 procent af de borgere, der kan måles effekt for, har oplevet en positiv effekt af deres udrednings- og rehabiliteringsforløb.

Ad 4. Det har været færre genoptræningsforløb efter Serviceloven i 2016 end i 2015. Forvaltningen formoder, at udviklingen skyldes, at flere borgere modtager udredning og rehabilitering i stedet for genoptræning efter Serviceloven. Der ses en lille stigning i antallet af genoptræningsforløb efter Sundhedsloven.

Ad 5. For genoptræningsforløb efter Sundhedsloven har cirka 80 procent af de borgere, der kan måles effekt for, oplevet en positiv effekt af genoptræningsforløbet. For genoptræningsforløb efter Serviceloven har ca. 50 procent af borgerne, der kan måles effekt for, oplevet en positiv effekt af forløbet.

Ad 5. 58 % af hjemmeplejemodtagerne vurderer, at hjælpen bidrager til, at de bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dem. Det er en lavere andel end i 2015. 82 % 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 – samme niveau som i 2015.







## 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 var målet, at 80 pct. af nye borgere modtager en udrednings- og rehabiliteringsindsats i 2. halvår 2016. Der var ikke noget mål for 1. halvår 2016.

For de kendte borgere er målet, at 15 pct. af kendte borgere modtager en udrednings- og rehabiliteringsindsats i 2016.

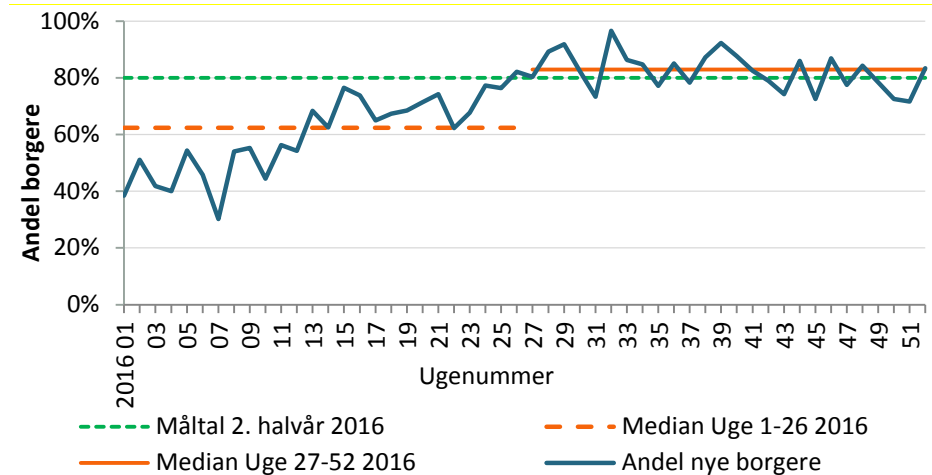
### Sådan måler vi

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

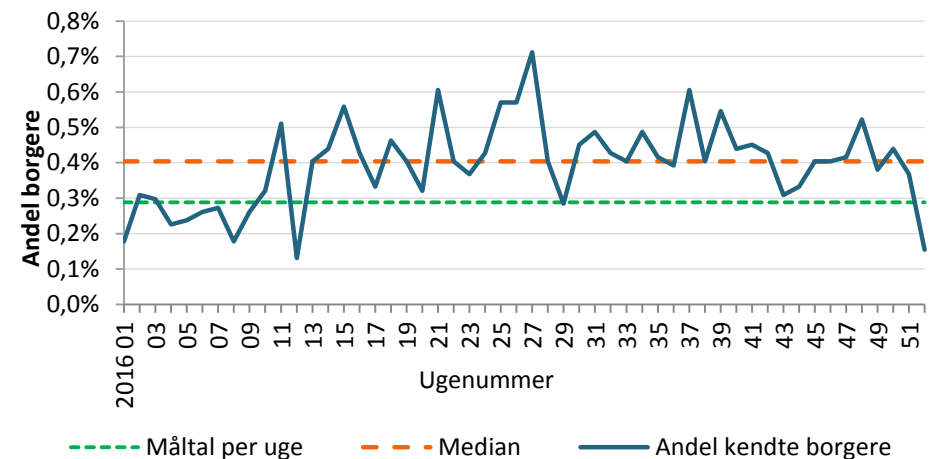
I 2016 modtog 1.686 **nye** borgere Udredning og rehabilitering. I 2. halvår af 2016 modtog 82 procent af de nye borgere indsatsen, og måltallet for 2. halvår 2016 er dermed nået.

I 2016 modtog 1.730 **kendte** borgere Udredning og rehabilitering. Det svarer til 21 procent af de kendte borgere, og måltallet for hele året 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 Positiv udbytte af 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 procent af borgerne skal opnå et positivt udbytte.

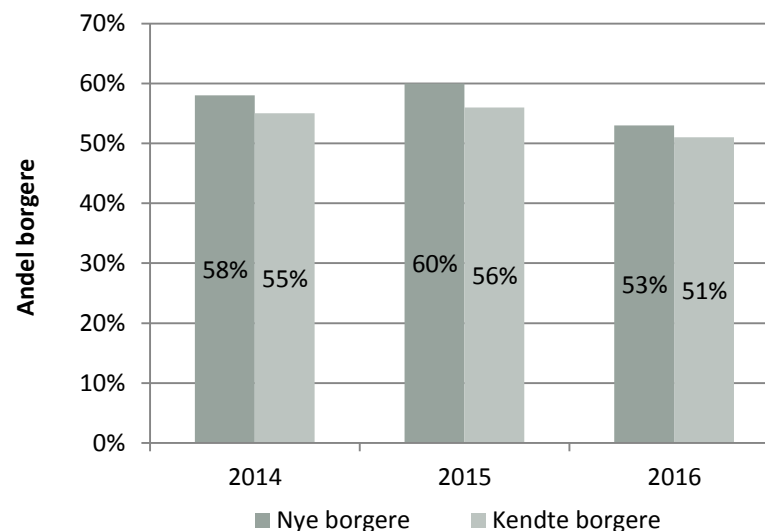
### Sådan måler vi

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 2016 har 53 procent af de nye borgere og 51 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- Andel med positiv udbytte af 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 på nye borgere. Pr. 1. januar 2016 gives udredning og rehabilitering til både nye og kendte borgere.



### 1.3 Borgeroplevet effekt af udredning og rehabilitering **BASELINE**

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

#### Sådan måler vi

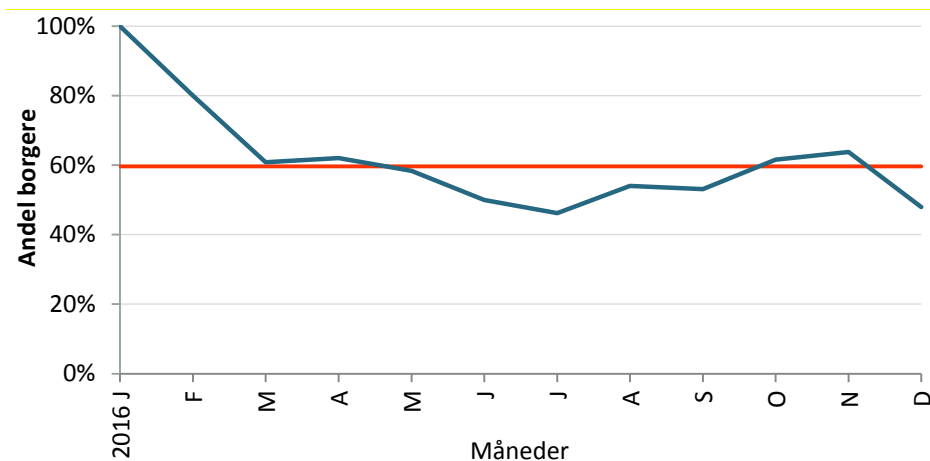
For de forløb, hvor der er foretaget både en start- og en slutmåling, måles opgøres andelen af forløbene, hvor borgeren har haft en effekt af forløbet.

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

Tallene dækker over forløb afsluttet i 2016.

Cirka 60 procent af de borgere, som det er muligt at måle effekt for, har oplevet en positiv effekt af deres udrednings- og rehabiliteringsforløb.

Figur 4- Andel forløb med positiv borgeroplevet effekt



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).



### I.3 Genoptræningsforløb →

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.

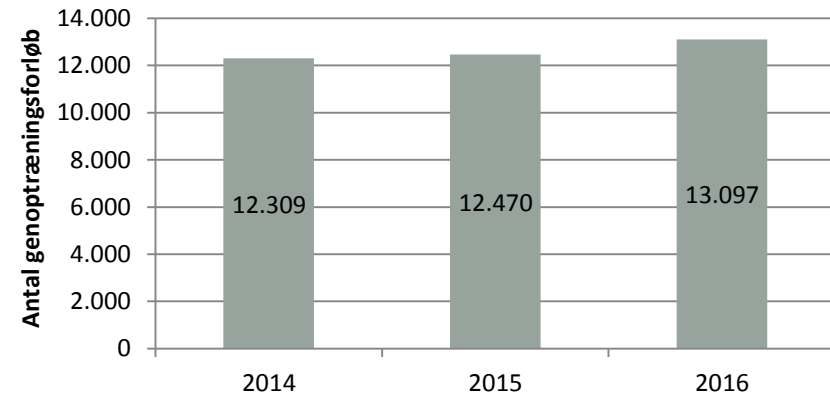
#### Sådan måler vi

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

I 2016 har der været 13.097 genoptræningsforløb efter Sundhedsloven for alle borgere, heraf 6.180 forløb for borgere over 65 år. Det er lidt flere end i de to foregående år.

Der har været 2.691 genoptræningsforløb efter Serviceloven i 2016. Det er markant færre end i 2015. Forvaltningen formoder, at udviklingen skyldes, at flere borgere modtager udredning og rehabilitering i stedet for genoptræning efter Serviceloven.

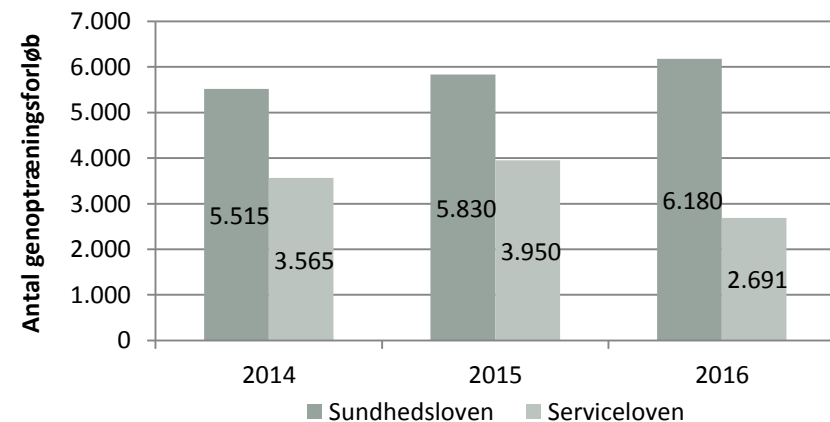
Figur 5 - Genoptræningsforløb efter sundhedsloven for alle borgere



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

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

Figur 6 - Genoptræningsforløb efter sundhedsloven og serviceloven 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.



#### 1.4 Borgeroplevet effekt af genoptræningsforløb **BASILINE**

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

##### Sådan måler vi

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

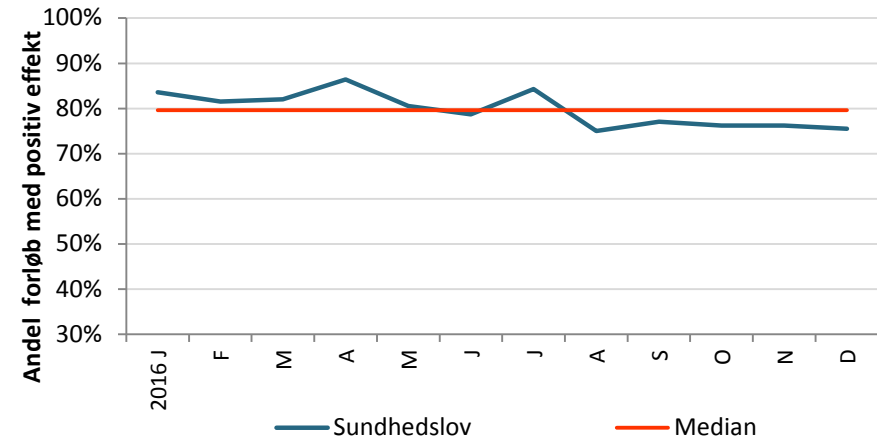
Effekt defineres som at borgeren er gået frem med 2 point eller mere på PSFS-skalaen (som går fra 1-10) i løbet af træningsperioden.

Tallene dækker over forløb afsluttet i 2016.

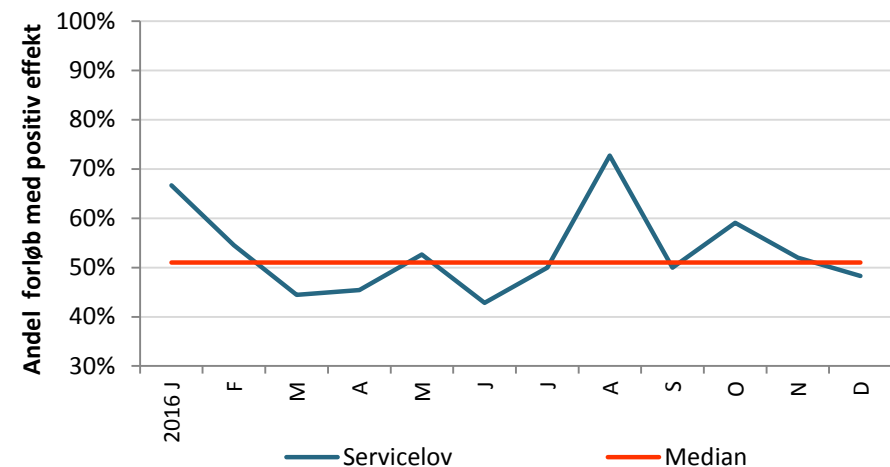
For genoptræningsforløb efter Sundhedsloven har cirka 80 procent af de borgere, der kan måles effekt for, oplevet en positiv effekt af genoptræningsforløbet. For genoptræningsforløb efter Serviceloven har ca. halvdelen af borgerne, der kan måles effekt for, oplevet en positiv effekt af forløbet.

Det er kun muligt at opgøre effekten for de genoptræningsforløb, hvor borger har besvaret PSFS ved både opstart og afslutning af forløbet. I 2016 var det muligt at opgøre effekten i 29 procent af genoptræningsforløbene.

Figur 7 – Andel forløb efter sundhedsloven med borgeroplevet effekt



Kilde: CSC Sundhed Suite.



Kilde: CSC Sundhed Suite.



## I.5 Brugernes vurdering af hjemmeplejen – frihed

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

### Sådan måler vi

2.498 hjemmeplejemodtagere er interviewet telefonisk om deres oplevelse med at få hjemmehjælp fra kommunen. Interviewene er foretaget i perioden juni til december 2016.

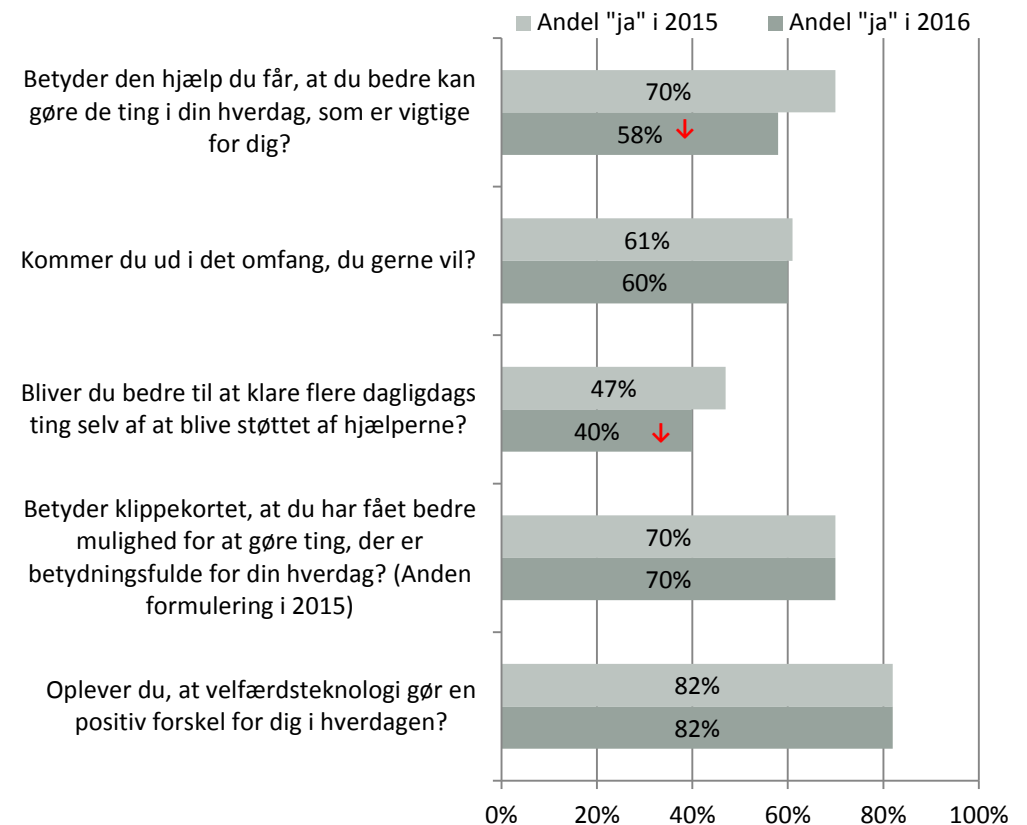
Hjemmeplejemodtagerne bliver spurgt, om hjælpen bidrager til, at de bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dem. I 2016 svarer 58 %, at dette er tilfældet, hvilket er en lavere andel sammenlignet med året før. 60 % føler, at de i tilpas omfang kommer udenfor deres egen bolig, mens 29 % gerne ville komme mere ud.

Godt halvdelen af alle hjemmeplejemodtagere (56 %) svarer i undersøgelsen, at de i en eller anden grad får støtte af hjælperne til at kunne klare flest mulig dagligdags ting selv. Blandt dem der svarer, at de får støtte, oplever 40 % en positiv effekt ved, at hjælpen gør dem bedre i stand til at klare dagligdags ting selv. Denne andel er lavere end i 2015.

Klippekortet gives til de svageste hjemmeboende. 77 % 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.

Endelig viser tallene, at 82 % af de hjemmeboende svarer, at velfærdsteknologi gør en positiv forskel for dem i hverdagen. De hjælpemidler, som borgerne tænker på er blandt andet nødkaldsalarmer, lifte, automatiske senge eller vaske-/tørretoiletter.

Figur 9 – Brugernes vurdering af hjemmeplejen - frihed



Kilde: Brugerundersøgelse i hjemmeplejen 2016



## I.6 Brugernes vurdering af plejecentrene – frihed →

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

1.028 beboere fordelt på 38 plejecentre er i november 2016 interviewet personligt om deres oplevelse med at bo i en plejebolig.

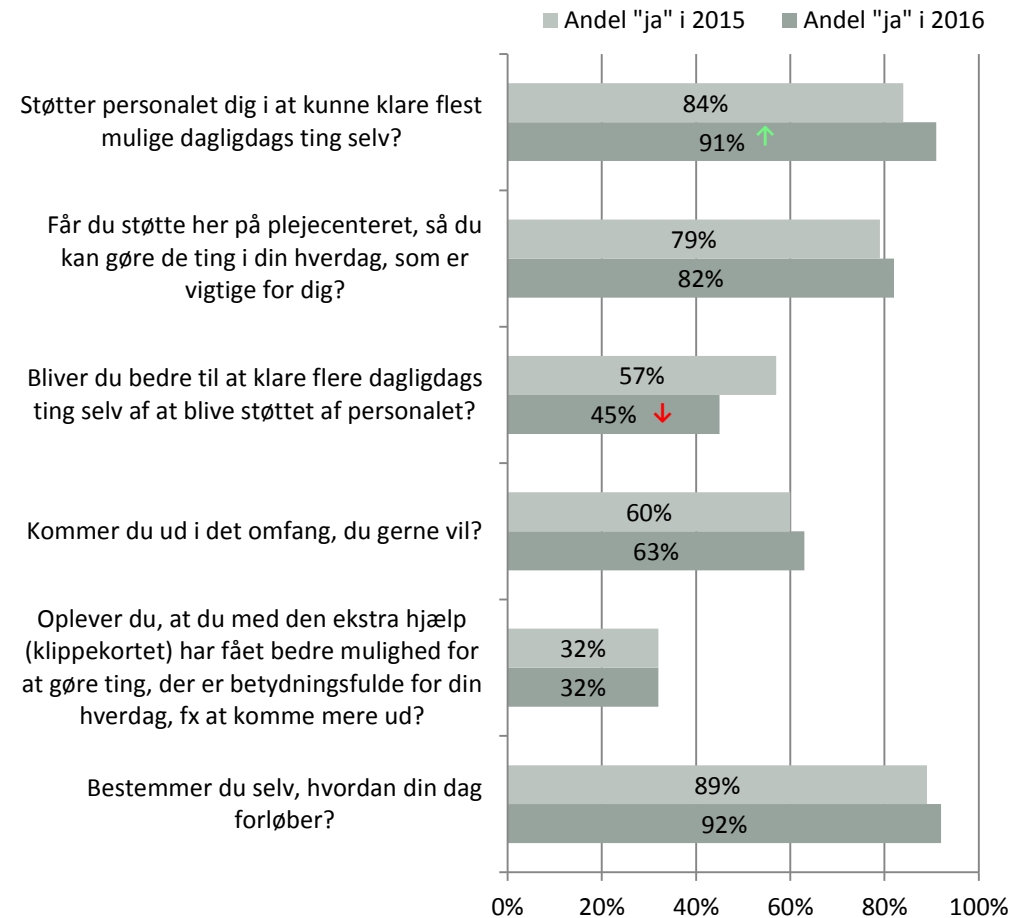
82 % af alle kommunens plejeboligbeboere oplever, at de får støtte af personalet, således at de kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dem.

Undersøgelsen viser, at 91 % af alle beboerne i kommunens plejeboliger oplever, at personalet støtter dem med henblik på, at kunne klare flest mulig dagligdags ting på egen hånd. Blandt alle der svarer, at de får støtte til at blive mere selvhjulpne, er det 45 %, som oplever, at det gør en positiv forskel.

Andelen af beboerne, som oplever at de kommer ud i tilstrækkeligt omfang, er 63 %, og dermed den samme som blandt hjemmeboende ældre.

I plejecentrene er det som udgangspunkt alle beboere, der får klippekortet. 47 % 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 10 – Brugernes vurdering af plejecentrene - frihed



Kilde: Brugerundersøgelse i plejecentre 2016



## 2. Tryghed i hverdagen

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

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

For at følge udviklingen ser forvaltningen på:

1. Andelen af besøg i den kommunale daghjemmepleje, som er leveret af borgerens faste hjælpere, da undersøgelser viser, at det at have faste hjælpere er afgørende for borgernes oplevelse af sammenhæng og tryghed
2. Brugernes vurdering af fast hjælper i hjemmeplejen
3. Resultaterne af de kommunale tilsyn i hjemmeplejen, sygeplejen og på plejehjem
4. Resultaterne af embedslægens tilsyn på plejehjem
5. Hvor mange ventedage færdigbehandlede borgere har på hospitalerne
6. Hvor mange gange ældre borgere der indlægges med en forebyggelig diagnose
7. Hvor mange gange ældre borgere genindlægges inden for 30 dage
8. Hvor mange gange ældre borgere oplever en korttidsindlæggelse
9. Hvordan borgerne selv vurderer deres tryghed

### Hvad viser udviklingen?

Ad 1. Andelen af besøg i den kommunale daghjemmepleje, som er leveret af borgerens primære eller sekundære hjælpere, er stort set uændret fra januar 2015 til december 2016.

Ad 2. I brugerundersøgelsen for 2016 svarer 38 % af de hjemmeboende borgere med hjemmepleje, at det oftest er de samme hjælpere, der kommer i deres hjem. 42 % svarer, at hjælpen er lige god uanset, hvilken hjælper, der kommer

Ad 3. Der er ikke blevet fundet alvorlige fejl og mangler ved nogle af tilsynene i 2016.

Ad 3. I 2016 er der kun gennemført ni tilsyn med plejecentrene, hvoraf de fem fik resultatet "Fejl og mangler med risiko" (kategori 3) og de resterende fire plejecentre fik resultatet "Få fejl og mangler" (kategori 2).

Ad 4. Der er sket et betydeligt fald i antallet af dage, som borgere venter på hospitalerne fra 2014 til 2015. Københavns Kommune har færre ventedage pr. borger end gennemsnittet i Region Hovedstaden.

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

Ad 8. Resultaterne fra brugerundersøgelserne viser, at borgerne generelt oplever en høj grad af tryghed. 88 % af hjemmeplejemodtagerne føler sig trygge ved hjælperne. 92 % af beboerne på plejecentrene føler sig trygge på plejecentret, og 94 % føler sig trygge ved personalet.





## 2.1 Faste hjælpere i hjemmeplejen →

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

### Sådan måler vi

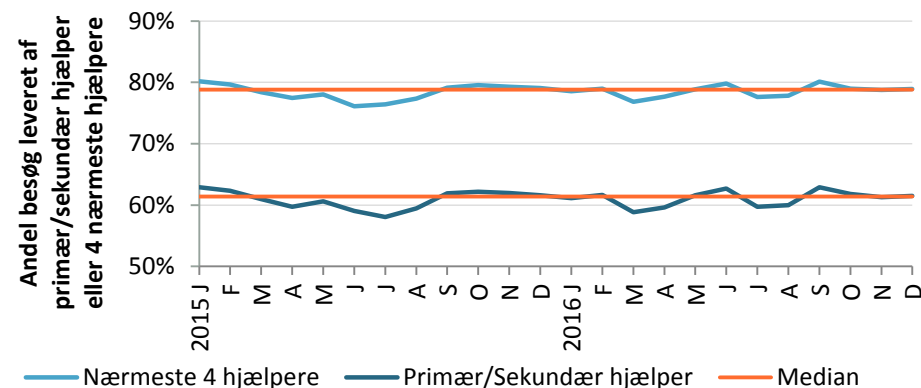
Andelen af besøg leveret af borgers primære eller sekundære hjælper i den kommunale daghjemmepleje. Tallene er opgjort for borgere, der modtager hjemmepleje i mellem 1 og 12 timer om ugen.

Andelen af besøg i den kommunale daghjemmepleje, som er leveret af borgerens primære eller sekundære hjælper, er stort set uændret fra januar 2015 til december 2016. I december 2016 blev 61 % af besøgene leveret af borgerens primære eller sekundære hjælper - andelen har i perioden ligget mellem 58 % og 63 %.

Trods et løbende fokus har antallet af hjælpere i borgerens hjem stort set har været uændret de sidste mange år. For at forbedre målopfyldelsen har forvaltningen igangsat projektet "Øget medarbejderkontinuitet" i 2. halvår 2016. Projektet har som hovedformål at øge borgernes tilfredshed med antallet af medarbejdere, som kommer i hjemmet. I 2016 har projektet haft karakter af et innovationsprojekt med hjemmeplejen i ét lokalområde – VBH - som pilotområde.

I foråret 2017 afprøver hjemmeplejen i VBH nye metoder og arbejdsgange for bl.a. planlægning og forberedelse. De bedste erfaringer forventes spredt til øvrige hjemmeplejeenheder i 2. halvår 2017. I 2017 vil der også være fokus på kompetenceudvikling af disponentfunktionen samt på, at implementeringen af omsorgssystemet CURA taler sammen med erfaringerne fra projektet.

Figur 11 - 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 Brugernes vurdering af fast hjælper i hjemmeplejen →

Spørgsmålet om fast hjælper belyses også i forvaltningens brugerundersøgelser. I 2015 og 2016 er der stillet to spørgsmål om fast hjælper, som gør det muligt at sammenligne med andre kommuner.

### Sådan måler vi

2.498 hjemmeplejemodtagere og 1.028 beboere på plejecentre er interviewet om deres oplevelse med at få hjemmehjælp fra kommunen hhv. at bo i en plejebolig.

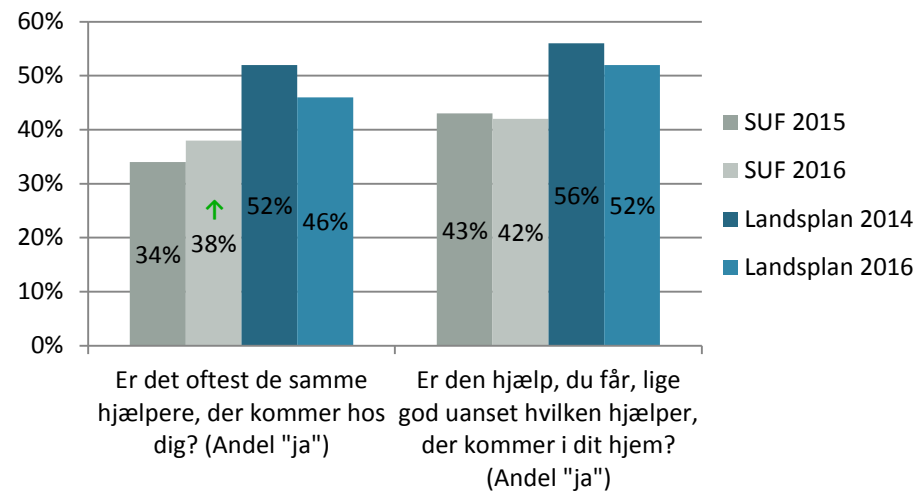
Andelen af borgere, der i forvaltningens brugerundersøgelser svarer "ja" til spørgsmålene "Er det oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig?" og "Er den hjælp, du får, lige god uanset hvilken hjælper, der kommer i dit hjem?"

I 2016 svarer 38 % af de hjemmeboende borgere med hjemmepleje, at det oftest er de samme hjælpere, der kommer i deres hjem, mens det på landsplan i 2016 gælder 46 %.

Tallene viser, at der i 2016 er en samlet stigning i andelen, som svarer, at det oftest er de samme hjælpere, der kommer. Denne stigning skyldes dog alene en positiv udvikling hos den private leverandør Hjemmehjælpen A/S. Her ses det, at 58 % svarer, at det oftest er de samme hjælpere, der kommer, mens det samme gælder for 33 %, hvis tallene for SUF opgøres uden borgere, som har privat leverandør.

Omvendt ligger resultatet for den private leverandør lavere på spørgsmålet om, hvorvidt hjælpen er lige god uanset, hvilken hjælper, der kommer. Her er det den private leverandør, der trækker det samlede resultat ned. Også på dette spørgsmål ligger resultatet i København under landsgennemsnittet.

Figur 12 – Brugernes vurdering af fast hjælper i hjemmeplejen



Kilde: Brugerundersøgelse i hjemmeplejen 2015 og 2016 og Landsdækkende brugerundersøgelse fra Økonomi- og Indenrigsministeriet 2014 og 2016



## 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. 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.

Der er ført tilsyn med alle 42 plejecentre, hvoraf 16 (38 %) plejecentre har opnået resultatet ”særdeles tilfredsstillende” og 20 (48 %) blev vurderet som ”godt og tilfredsstillende”, mens der blev fundet ”fejl og mangler med risici for borgerne” på 6 (14 %) plejecentre.

I hjemmeplejeenhed har fået tilsynsresultatet ”særdeles tilfredsstillende”, mens de resterende 4 har fået opnået vurderingen ”godt og tilfredsstillende”. 4 af de 5 hjemmesygeplejeenheder har fået resultatet ”godt og tilfredsstillende”, mens der på en enhed blev fundet ”fejl og mangler med risici”.

Resultaterne fra 2016 kan ikke direkte sammenlignes med resultaterne fra 2015 og 2014, idet der i 2016 er fem resultat kategorier i stedet for tre.

Figur 13 – Kommunale tilsyn

		Antal tilsyn	Godkendt	Godkendt med mangler	Ikke godkendt
<i>Plejecentre</i>					
	2014	42	83%	17%	0%
	2015	42	74%	26%	0%
<i>Hjemmehjælp</i>					
	2014	5	80%	20%	0%
	2015	5	60%	40%	0%
<i>Hjemmesygepleje</i>					
	2014	5	20%	60%	20%
	2015	5	20%	60%	20%
<i>Privat leverandør</i>					
	2014	2	50%	50%	0%
	2015	1	0%	100%	0%

		Antal tilsyn	Særdeles tilfredsstillende	Godt og tilfredsstillende	Fejl og mangler	Alvorlige fejl og mangler	Alvorlig kritik
<i>Plejecentre</i>							
	2016	42	38%	48%	14%	0%	0%
<i>Hjemmehjælp</i>							
	2016	5	20%	80%	0%	0%	0%
<i>Hjemmesygepleje</i>							
	2016	5	0%	80%	20%	0%	0%
<i>Privat leverandør</i>							
	2016	1	0%	0%	100%	0%	0%

Kilde: BDO tilsynsrapporter

Note: i 2014 var der 2 private leverandører og derefter kun én privat leverandør.

Note: Tilsynene med de midlertidige døgnopholdspladser i 2016 er udsat til januar 2017, og er derfor stadig i høringsfasen. Disse tilsynsresultater fremgår derfor ikke.



### 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. Der er derfor ikke blevet gennemført embedslægetilsyn i 2. halvår 2016.

#### Sådan måler vi

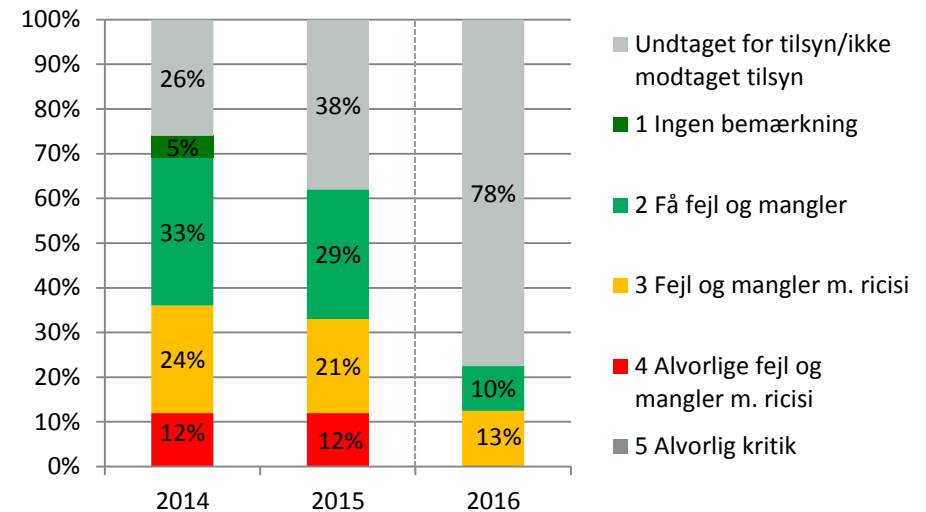
Embedslægen gennemgår først og fremmest den sundhedsfaglige dokumentation og kontrollerer medicinhåndteringen. Der gennemføres tilsyn med et tilfældigt udvalg af borgere på plejecentret, antallet af borgere afspejler plejecentrets størrelse.

I 2016 er der kun gennemført ni tilsyn med plejecentrene, hvoraf de fem fik resultatet "Fejl og mangler med risiko" (kategori 3) og de resterende fire plejecentre fik resultatet "Få fejl og mangler" (kategori 2). Embedslægetilsynene har således ikke fundet alvorlige fejl og mangler med risiko for patientsikkerheden på de 9 plejecentre, der har modtaget tilsyn.

Herudover har de 5 plejecentre, som fik kritiske tilsyn i 2015, alle opnået en klar forbedring ved de opfølgende tilsyn i 2016.

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 tilfredsstillende tilsynsresultater i 2015, har været de første plejecentre til at blive involveret i indsatsen. Yderligere fire plejecentre blev involveret i forbedringsindsatsen i september 2016.

Figur 14 – Embedslægetilsyn med plejecentre



Kilde: Embedslægens tilsynsresultater.

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

Note: De opfølgende tilsyn indgår ikke i tallene.



## 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.

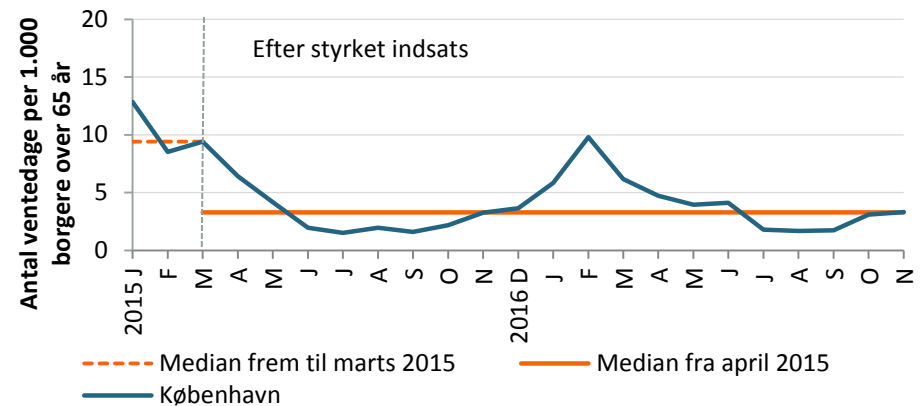
I perioden januar til november 2016 var der 2.841 ventedage, svarende til 46 ventedage per 1.000 borgere. I den samme periode i 2015 var der 3.241 ventedage, svarende til 54 ventedage per 1.000 borgere. Antallet af ventedage er således reduceret.

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

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.

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.

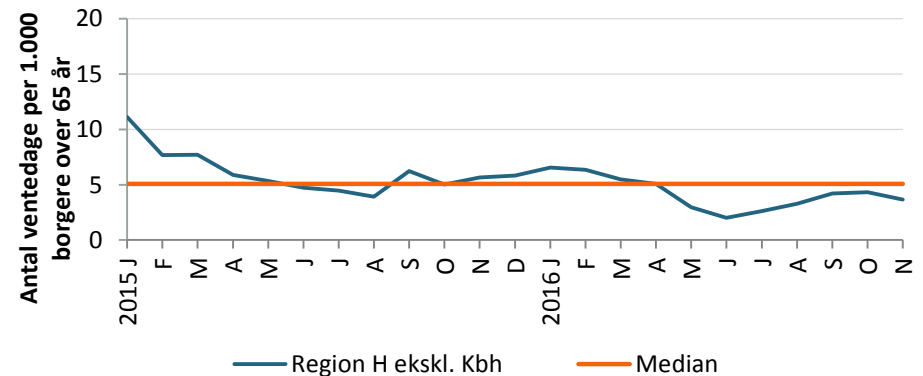
**Figur 15 – Ventedage for borgere over 65 år i Københavns Kommune**



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Data for december 2016 er endnu ikke tilgængelig.

**Figur 16 – Ventedage Region Hovedstaden ekskl. København**



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Data for december 2016 er endnu ikke tilgængelig.



## 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

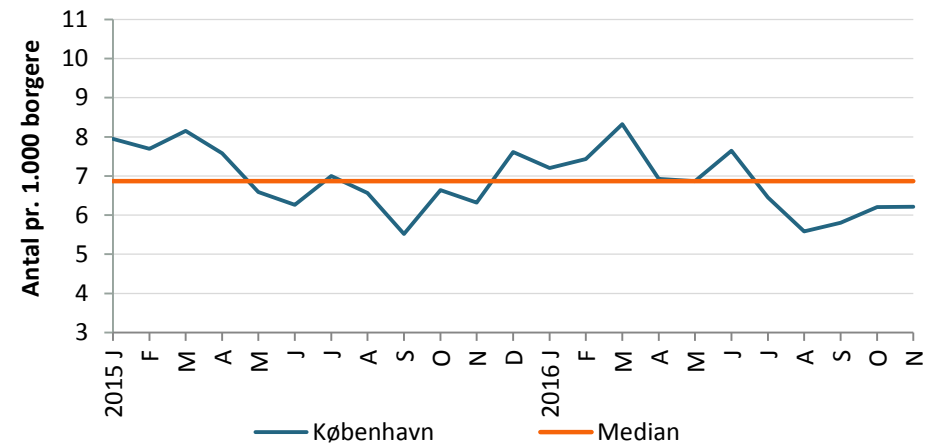
Antallet af forebyggelige indlæggelser er opgjort per 1.000 borgere over 65 år bosiddende i Københavns kommune. I opgørelsen indgår borgere, som har været i kontakt med et offentligt hospital.

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 luftvejs sygdom, væskemangel, blærebetændelse, forstoppelse, ernæringsbetinget blodmangel, knoglebrud, tarminfektion, tryksår og sociale og plejemæssige forhold.

I perioden januar til november 2016 var der 4.594 forebyggelige indlæggelser for borgere over 65 år bosiddende i Københavns Kommune. Det svarer til 75 indlæggelser per 1.000 borgere over 65 år i København i denne periode. I den tilsvarende periode i 2015 var der 4.605 forebyggelige indlæggelser, svarende til 75 indlæggelser per 1.000 borgere over 65 år. Niveaulet er således uændret.

Antallet af forebyggelige indlæggelser er højere i Københavns Kommune end gennemsnittet for de øvrige kommuner i Region Hovedstaden.

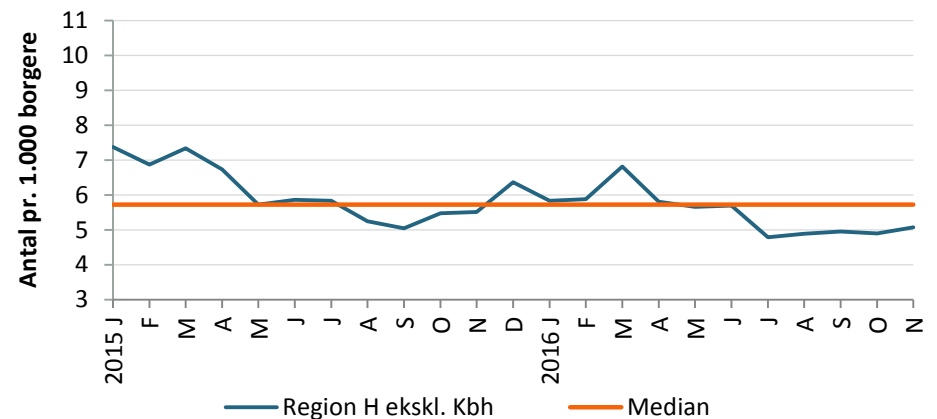
Figur 17 - Forebyggelige indlæggelser for borgere i Københavns Kommune – alle borgere over 65 år



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Data for december 2016 er endnu ikke tilgængelig.

Figur 18 – Forebyggelige indlæggelser for borgere i Region Hovedstaden ekskl. København – alle borgere over 65 år



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Data for december 2016 er endnu ikke tilgængelig.



## 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.

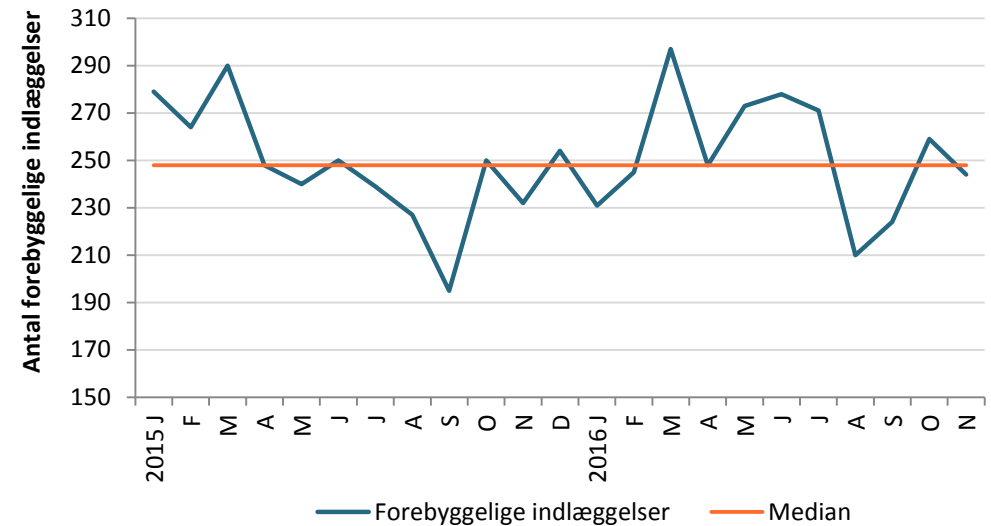
### Sådan måler vi

Antallet af forebyggelige indlæggelser for kendte borgere i kommunen er opgjøret 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 november 2016 var der 2.780 tilfælde, hvor kendte borgere over 65 år blev indlagt med en forebyggelig diagnose. I tilsvarende periode i 2015 var der 2.714 forebyggelige indlæggelser af kendte borgere. Set over den samlede periode er niveauet således uændret, men som det ses af figuren, er der betydelige udsving fra måned til måned.

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 19 - Forebyggelige indlæggelser - kendte borgere over 65 år



Kilde: Berigede data fra eSundhed.

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

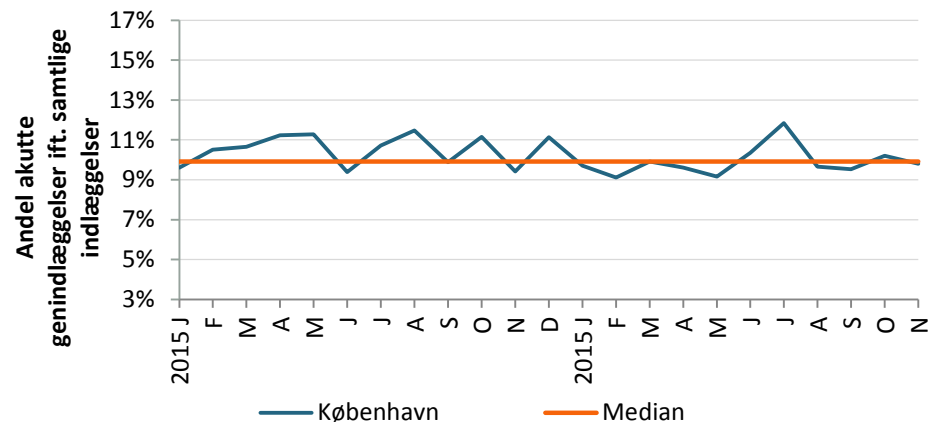
I perioden januar-november 2016 var der 2.964 genindlæggelser af borgere over 65 år i Københavns Kommune. I samme periode i 2015 var der 3.157 genindlæggelser.

Andelen af akutte genindlæggelser – set i forhold til samtlige indlæggelser for borgere over 65 år – er forholdsvis stabilt i perioden januar 2015-november 2016. Andelen ligger mellem 9,1 % og 11,9 % i perioden, og variationen kan skyldes, at der er sæsonudsving.

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 genindlæggelser, som skyldes forhold, der ligger udenfor kommunens ansvarsområde.

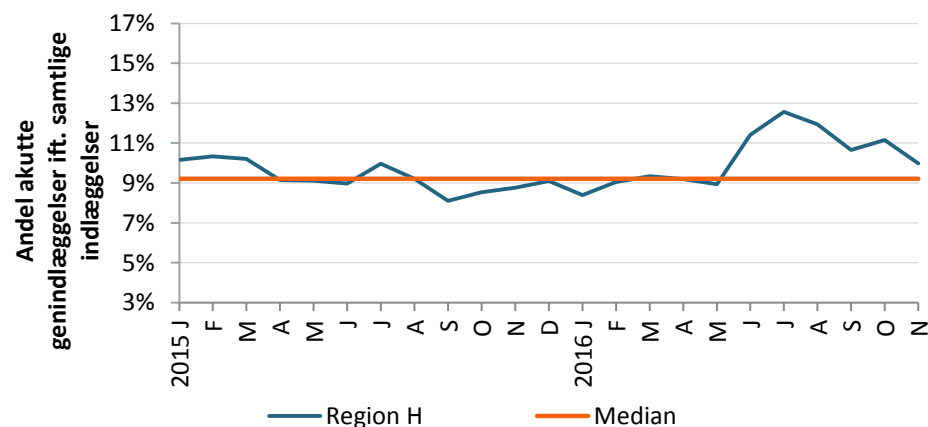
Figur 20 – Genindlæggelser for borgere over 65 år i Københavns Kommune



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Data for december 2016 er endnu ikke tilgængelig

Figur 21 – Genindlæggelser for borgere over 65 år i Region Hovedstaden ekskl. København



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Data for december 2016 er endnu ikke tilgængelig.





## 2.8 Korttidsindlæggelser →

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

### Sådan måler vi

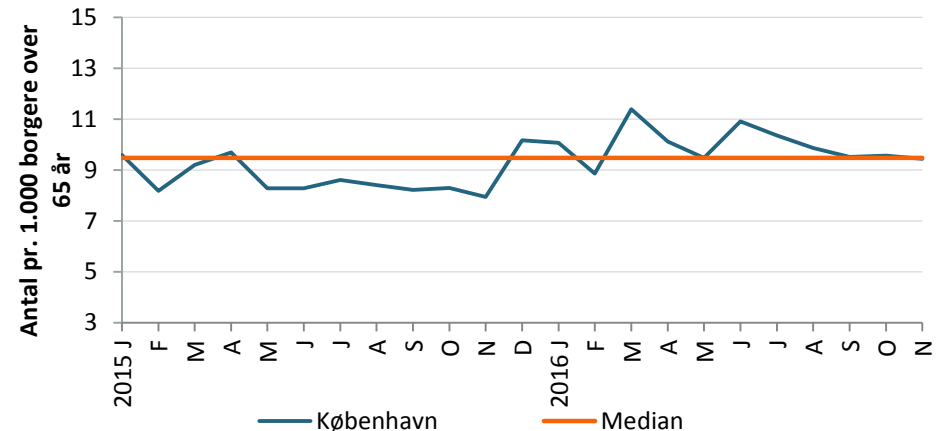
Antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser per 1.000 borgere over 65 år bosiddende i Københavns kommune. Korttidsindlæggelser opgøres som akutte indlæggelser på medicinske afdelinger, hvor borgeren udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse. I opgørelsen indgår borgere, som har været i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

I perioden januar til november 2016 var der 6.746 korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i kommunen. I tilsvarende periode i 2015 var der 5.720 korttidsindlæggelser for denne gruppe borgere.

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.

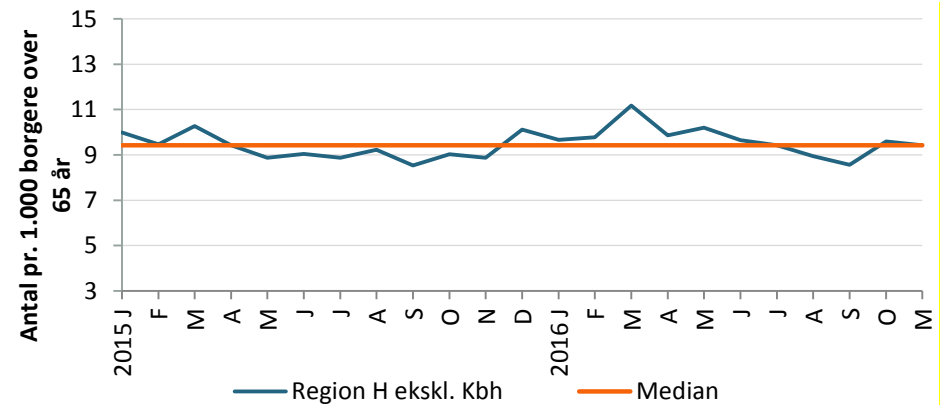
Figur 22 – Korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i Københavns Kommune



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Data for december 2016 er endnu ikke tilgængelig.

Figur 23 – Korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i Region Hovedstaden ekskl. Københavns Kommune



Kilde: KØS i eSundhed

Note: Data for december 2016 er endnu ikke tilgængelig.



## 2.9 Brugernes vurdering af hjemmeplejen – tryghed →

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

### Sådan måler vi

2.498 hjemmeplejemodtagere er interviewet telefonisk om deres oplevelse med at få hjemmehjælp fra kommunen. Interviewene er foretaget i perioden juni til december 2016.

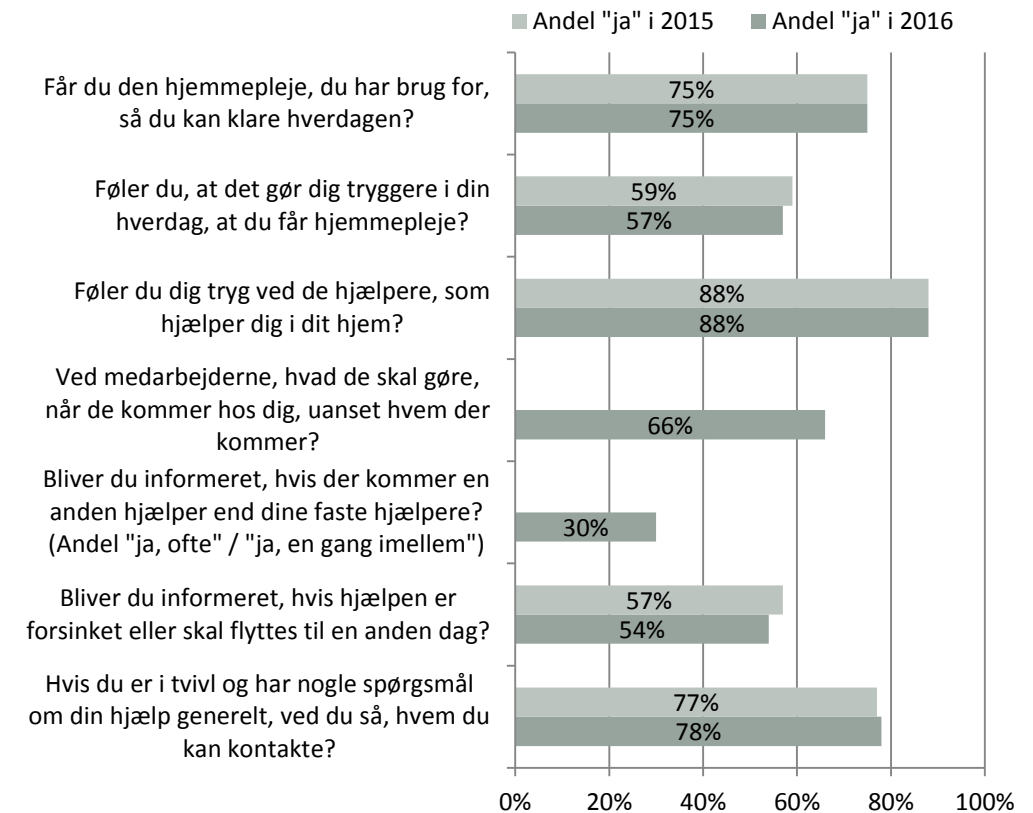
75 % af de hjemmeplejemodtagende ældre svarer, at de får den hjælp, de har brug for, så de kan klare hverdagen. Knap 60 % oplever, at det at de får hjemmepleje betyder, at de føler sig tryggere i hverdagen, mens størstedelen af alle de ældre hjemmeplejemodtagere (88 %) svarer, at de føler sig trygge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

Borgerne bliver også bedt om at vurdere, hvorvidt hjælperne generelt ved, hvad de skal gøre hos borgerne. Hertil svarer 66 % af de hjemmeboende, at det er tilfældet.

Hvis borgerne kan regne med at de bliver informeret, hvis der sker ændringer ved hjælpen, kan det også bidrage til øget tryghed i hverdagen. Tallene viser, at 30 % af borgerne har erfaring med, at de bliver informeret, hvis der kommer en anden hjælper end de faste, mens godt halvdelen (54 %), bliver informeret ved forsinkelser eller lignende. 58 % svarer, at de ikke bliver informeret, hvis der kommer andre hjælpere og 22 % får ikke besked, hvis hjælpen er forsinket eller skal flyttes til en anden dag.

Blandt de ældre, der modtager hjemmehjælp, er det 78 %, der ved hvem de kan kontakte, hvis de er usikre eller har spørgsmål til deres hjælp. 16 % ved ikke, hvem de skal spørge, eller hvor de kan ringe hen.

## Figur 24 – Brugernes vurdering af hjemmeplejen – tryghed



Kilde: Brugerundersøgelse i hjemmeplejen 2015 og 2016



## 2.10 Brugernes vurdering af plejecentrene – tryghed →

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

1.028 beboere fordelt på 38 plejecentre er i november 2016 interviewet personligt om deres oplevelse med at bo i en plejebolig.

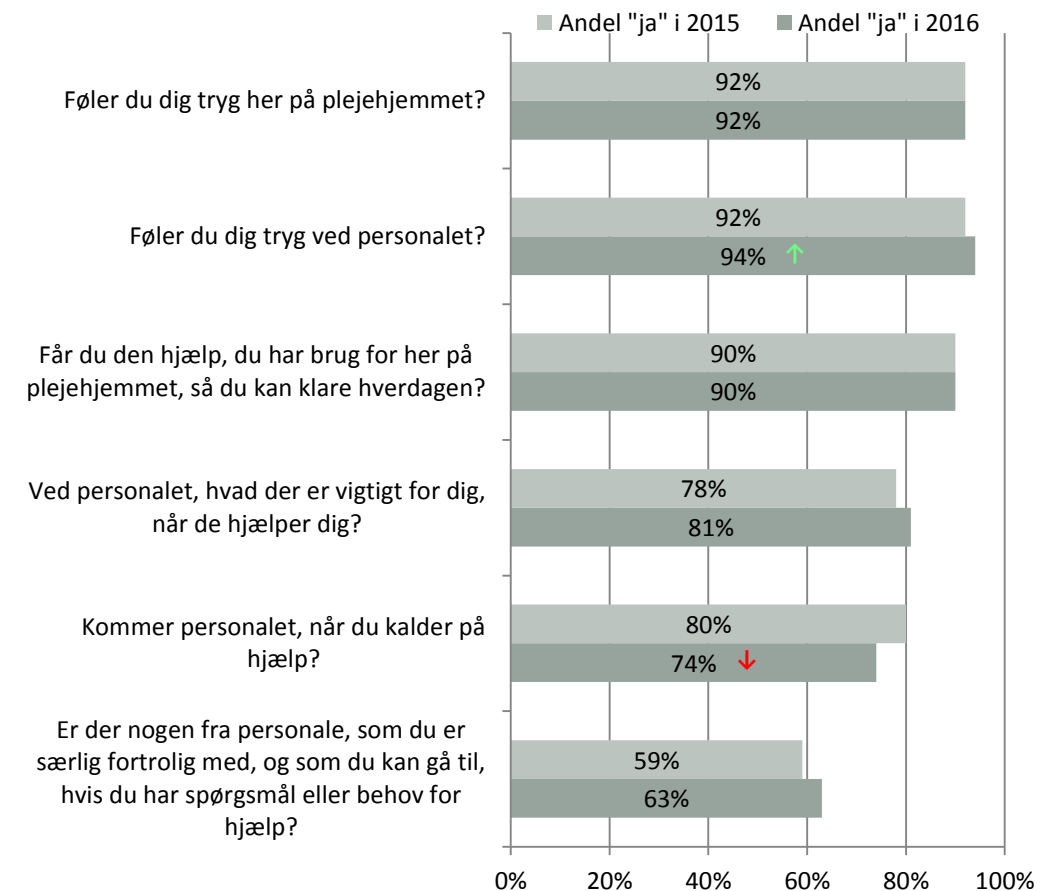
92 %, og dermed størstedelen af beboerne, svarer, at de føler sig trygge på plejecentret og 94 % føler sig trygge ved personalet, hvilket er en større andel end i 2015.

Det er ligeledes størstedelen af beboerne, 90 %, som oplever, at de får den hjælp, de har brug for til at kunne klare hverdagen, mens 81 % svarer, at hjælperne ved, hvad der er vigtigt for den enkelte beboer, når de giver hjælp.

Spørgsmålet om, hvorvidt personalet kommer, når beboerne kalder på hjælp, kan ligeledes ses som en indikator for graden af tryghed. Her ses der et lille fald i andelen, der svarer positivt på spørgsmålet. 74 % svarer ”ja”, 18 % svarer ”både og” og 2 % svarer ”nej”.

Det sidste spørgsmål viser, at 63 % af beboerne i 2016 svarer, at der er én blandt personalet, som de er fortrolige med og kan gå til, hvis de har spørgsmål eller behov for hjælp. 30 % har ikke nogen blandt personalet, som de har et sådant forhold til. I 2015 svarede 36 %, at de ikke havde et fortroligt forhold til en fra personalet. Forvaltningen forventer, at den kontinuerlige implementering af klippekort på plejecentre vil betyde, at stadig flere af borgerne oplever fortrolighed med en medarbejder. En del borgere på plejecentre vælger netop samvær med en medarbejder, når de anvender klippekortet.

Figur 25 – Brugernes vurdering af plejecentrene - tryghed



Kilde: Brugerundersøgelse i plejecentre 2016

### 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 plejecentre mht. medborgerskab
3. Borgernes oplevelse af ensomhed
4. De pårørendes vurdering af plejecentrene mht. medborgerskab

#### Hvad viser udviklingen?

Ad 1. 4 % af de hjemmeplejemodtagende ældre vil gerne have kommunens hjælp til at få kontakt til frivillige foreninger – et fald siden 2015, hvor det var 7 %. Blandt den lille gruppe borgere, som ønsker kommunens hjælp, efterspørges både muligheden for at deltage i sociale tilbud og aktiviteter med andre samt hjælp til at få en besøgsven. 60 % af hjemmeplejemodtagerne svarer, at de kommer ud i det omfang, de gerne vil.

Ad 2. 16 % af beboerne på plejecentrene ønsker hjælp fra personalet til at få kontakt til frivillige foreninger. Det er en stigning siden 2015, hvor det var 13 %. Der ses desuden en stigning i andelen af beboere, der svarer, at de bruger de fælles lokaler på plejecentret – i 2016 er det 3 ud af 4. Dette kan være udtryk for, at flere beboere ønsker og opsøger samvær med andre på plejecentret.

Ad 3. Andelen af hjemmeplejemodtagende ældre, der føler sig uønsket alene, har været forholdsvis stabil gennem de seneste år. Igen i 2016 er der 9 %, som svarer, at de "ofte" savner nogen at være sammen med. På plejeboligområdet er der mindre udsving fra år til år; i 2016 svarer 4 % af beboerne, at de ofte savner nogen at være sammen med. Andelen af beboerne, der svarer, at de føler sig holdt udenfor er faldet fra 6 % i 2015 til 3 % i 2016. Andelen, der svarer, at de føler sig isoleret fra andre er faldet fra 13 % til 8 %.

Ad 4. Som noget nyt er der i 2016 gennemført brugerundersøgelser blandt pårørende til beboere på kommunens plejecentre. Størstedelen af de pårørende (84 %) føler sig velkomne, når de kommer på plejecentrene. Godt en tredjedel (36 %) deltager i de fælles arrangementer, men langt flere (78 %) svarer, at de er tilfredshed med de fælles arrangementer.

### 3.1 Brugernes vurdering af hjemmeplejen - medborgerskab →

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

#### Sådan måler vi

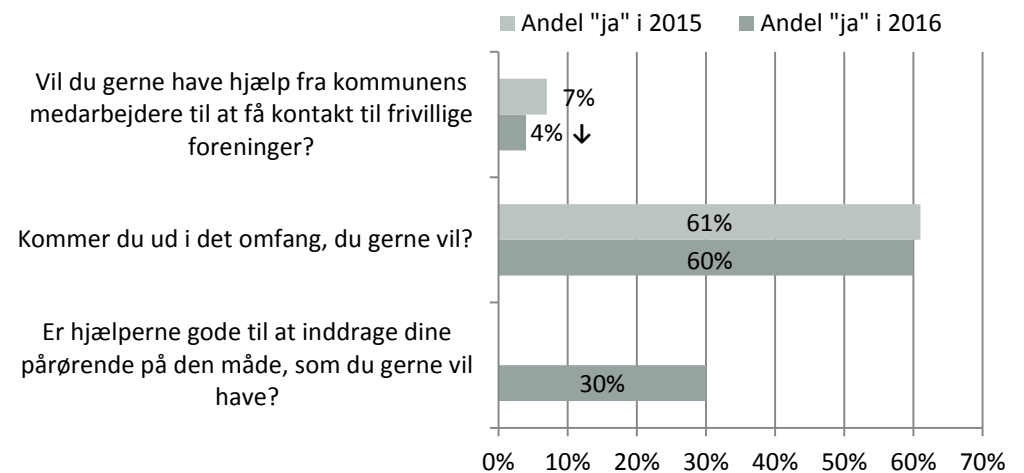
2.498 hjemmeplejemodtagere er interviewet telefonisk om deres oplevelse med at få hjemmehjælp fra kommunen. Interviewene er foretaget i perioden juni til december 2016.

Mens der i 2015 var 7 % af de hjemmeplejemodtagende ældre, som gerne ville have kommunens hjælp til at få kontakt til frivillige foreninger, er andelen faldet til 4 % i 2016. Blandt den lille gruppe borgere, som ønsker kommunens hjælp efterspørges både muligheden for at deltage i sociale tilbud og aktiviteter med andre samt hjælp til at få en besøgsven.

60 % af de hjemmeboende ældre svarer, at de kommer ud i det omfang, de gerne vil. 29 % svarer, at det ikke er tilfældet og 11 % svarer "både og".

Spørgsmålet omkring hjemmeplejens samarbejde med pårørende er formuleret lidt anderledes i 2016, hvorfor det ikke er muligt at sammenligne med resultaterne fra 2015. 24 % svarer, at spørgsmålet ikke er relevant for dem, hvilket formentlig skyldes, at der ikke er behov for et samarbejde med pårørende. Blandt de, der ønsker at svare på spørgsmålet, oplever 30 %, at hjælperne er gode til at inddrage de pårørende, mens 30 % siger "nej", og 8 % procent svarer "både og".

Figur 26 – Brugernes vurdering af hjemmeplejen - medborgerskab



Kilde: Brugerundersøgelse i hjemmepleje 2015 og 2016

### 3.3 Brugernes vurdering af plejecentrene – medborgerskab

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

#### Sådan måler vi

I 1.028 beboere fordelt på 38 plejecentre er i november 2016 interviewet personligt om deres oplevelse med at bo i en plejebolig.

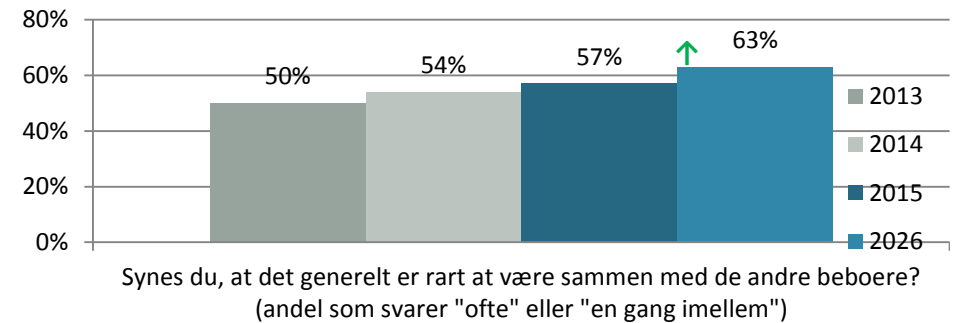
Andelen af beboere i plejebolig, der svarer, at det er rart at være sammen med de andre beboere, er stedet stødt de sidste fire år. I 2016 er det således 63 % som er positive i deres vurdering. 14 % svarer ”nej og 19 % svarer ”både-og”.

Også på andre områder ses der en positiv udvikling. En større andel end i 2015 giver udtryk for, at de har nogen, som de er særligt fortrolige med og kan gå til, hvis de har behov for at tale om personlige ting. Andelen er steget fra 41 til 61 %. Udviklingen hænger formentlig sammen med implementeringen af klippekortet på plejecentre, hvor mange beboere netop bruger tiden til socialt samvær og fortrolig hyggesnak sammen med deres faste hjælpere.

Der ses desuden en stigning i andelen af beboere, der svarer, at de bruger de fælles lokaler på plejecentret. Dette kan være udtryk for, at flere beboere ønsker og opsøger samvær med andre på plejecentret. Der ses også en stigning i andelen af beboere, der svarer, at de gerne vil have hjælp af personalet til at få kontakt til frivillige foreninger.

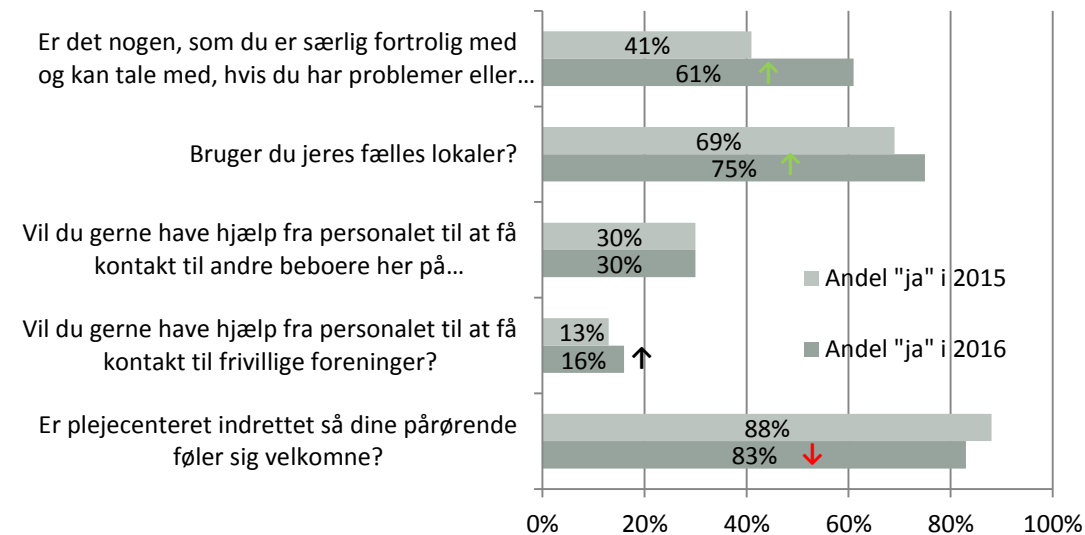
Der ses et fald i andelen, der svarer, at plejecentret er indrettet, så deres pårørende føler sig velkomne.

Figur 27 – Brugernes udbytte af samvær med andre beboere - plejecentre



Kilde: Brugerundersøgelse i plejecentre 2015 og 2016

Figur 28 – Brugernes vurdering af plejecentrene – medborgerskab



Kilde: Brugerundersøgelse i plejecentre 2015 og 2016

## Brugerens oplevelse af ensomhed

Borgerne har i brugerundersøgelserne på hjemmepleje og plejebolig besvaret enkelte spørgsmål omkring ensomhed.

### Sådan måler vi

Andelen af borgere, der i forvaltningens brugerundersøgelser svarer "ofte" til spørgsmålet "Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du egentlig har mest lyst til at være sammen med andre?"

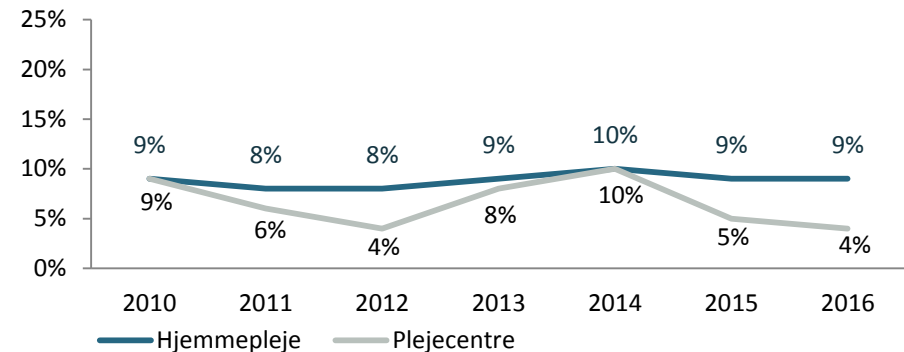
Til beboere i plejebolig er der stillet yderligere tre spørgsmål, som belyser aspekter af ensomhed.

Andelen af hjemmeplejemodtagende ældre, der føler sig uønsket alene, har været forholdsvis stabil gennem de seneste år. Igen i 2016 er der 9 %, som svarer, at de "ofte" er alene, selvom de har mest lyst til at være sammen med andre. Blandt beboerne på plejecentrene er det 4 %.

I 2013 svarede 6 % af de ældre i Region Hovedstaden, at de ofte følte sig uønsket alene. For landet som helhed var det 8 %. I disse tal indgår også borgere, der ikke modtager hjemmepleje eller bor på plejecentre. Således er der igen i 2016 en lavere andel blandt beboere på plejecentre i Københavns Kommune, der "ofte" føler sig uønsket alene sammenlignet med regionale og nationale målinger af ensomhed blandt borgere over 65 år.

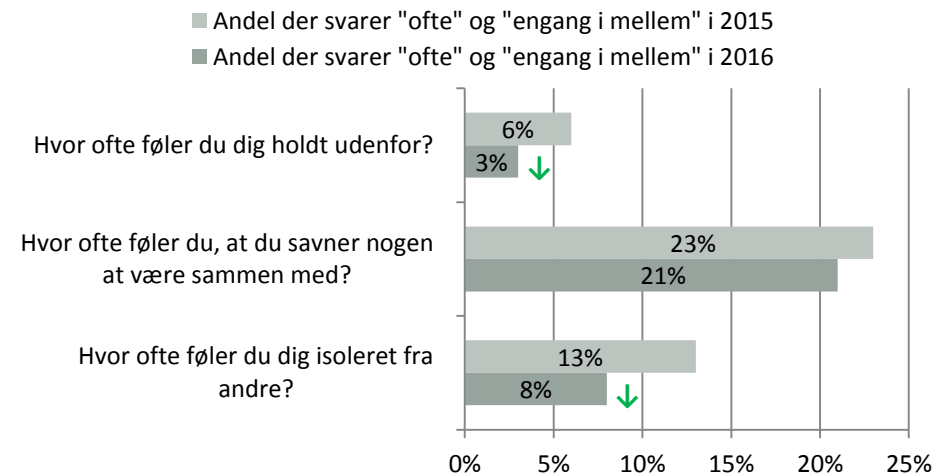
Der er stillet yderligere tre spørgsmål, som belyser aspekter af ensomhed blandt borgere, der bor på plejecentre. Undersøgelsen viser også her en positiv fremgang. Andelen af beboerne, der svarer, at de føler sig holdt udenfor er faldet fra 6 til 3 %, mens andelen, der svarer, at de føler sig isoleret fra andre er faldet fra 13 til 8 %.

Figur 29 – Brugernes oplevelse af ensomhed – plejecentre og hjemmepleje



Kilde: Brugerundersøgelse i hjemmepleje 2015 og 2016

Figur 30 – Brugernes oplevelse af ensomhed – plejecentre



Kilde: Brugerundersøgelse i plejecentre 2015 og 2016

### 3.1 De pårørendes vurdering af plejecentrene – medborgerskab BASELINE

I 2016 er der for første gang gennemført en brugerundersøgelse blandt pårørende til beboere på kommunens plejecentre.

Hvis Københavns Kommune skaber gode rammer for samværet med de pårørende på plejecentrene, bidrager det til, at beboerne kan fastholde vaner og sociale relationer fra det liv, som beboerne hidtil har levet. Yderligere kan kommunen ved at skabe gode rammer for samarbejdet med de pårørende, understøtte, at deres ressourcer som aktive medborgere kommer i spil til gavn for de pårørende selv såvel som for deres nærtstående på plejecentrene og for kommunen som helhed. De pårørendes besvarelser berører således temaet medborgerskab.

#### Sådan måler vi

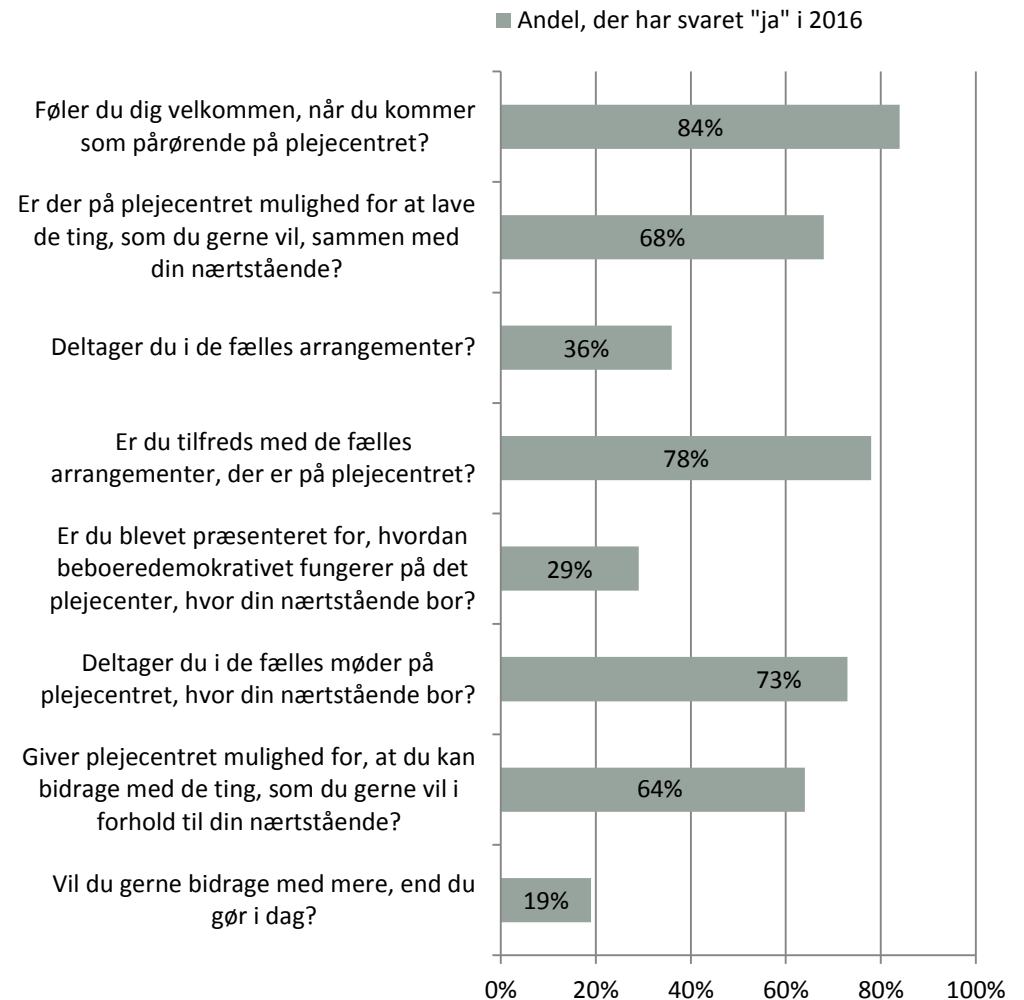
1.182 pårørende på plejecentre er interviewet telefonisk om deres oplevelse med at fungere som pårørende og komme på kommunens plejecentre. Interviewene er foretaget i november 2016.

Tallene i undersøgelsen viser, at størstedelen af de pårørende (84 %) føler sig velkomne, når de kommer på plejecentrene, mens godt to tredjedele svarer, at der på plejecentrene er mulighed for at lave de ting, som de gerne vil, sammen med deres nærtstående.

Godt en tredjedel (36 %) deltager i de fælles arrangementer, men langt flere (78 %) svarer, at de er tilfredshed med de fælles arrangementer. 29 % er blevet præsenteret for beboerdemokratiet, mens 73 % svarer, at de deltager i de fælles møder på plejecentret.

Endelig viser tallene, at 64 % af de pårørende oplever, at plejecentret giver mulighed for, at de kan bidrage med de ting, de gerne vil, mens 7 % svarer "nej". 19 % vil gerne bidrage med mere, end de gør i dag.

Figur 31 – De pårørendes vurdering af plejecentrene - medborgerskab



Kilde: Brugerundersøgelse blandt pårørende 2016





## 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
2. Andel kortuddannede i forebyggelsesforløb
3. Diabetesforløbene: Antal diabetesforløb, andel kortuddannede i diabetesforløb og hvor mange henvisninger, den enkelte lægepraksis sender.
4. Antal borgere tilmeldt rygestopforløb
5. Effekt af rygestopforløbene
6. Kortuddannede københavnernes brug af rygestopsamtaler og rygestopkurser.

### Hvad viser udviklingen?

Ad 1. I 2016 har der været 507 hjerteforløb, 526 KOL-forløb og 1.086 kræftforløb.

Ad 2. Forvaltningen er lykkedes med at tiltrække en høj andel kortuddannede borgere med KOL i KOL-forløbene. På hjerteområdet er der en større andel kortuddannede blandt alle borgere med hjertesygdom end blandt de borgere med hjertesygdom, som kommer i forebyggelsestilbuddet.

Ad 3. I 2016 har der været 877 diabetesforløb. For diabetes-forløbene svarer andelen af kortuddannede i forløb til andelen af kortuddannede i sammenligningsgruppen – dvs. til andelen af kortuddannede blandt alle københavnere med diabetes. Der ses en variation i, hvor mange henvisninger til diabetesforløb, der kommer fra den enkelte lægepraksis i Københavns Kommune.

Ad 4. I 2016 var 2.542 borgere tilmeldt et rygestopforløb. Dermed er 86 procent af måltallet for 2016 realiseret. Der er flere borgere, der har tilmeldt sig til et rygestopforløb i 2016 end i 2014 og 2015.

Ad 5. Af de borgere, der gennemførte et rygestopforløb i perioden januar-november 2016, var 78 pct. røgfrie ved kursets afslutning. 42 pct. af borgerne, var fortsat røgfri efter 6 måneder.

Ad 6. Omkring halvdelen af rygestopsamtalerne i 2016 var med kortuddannede borgere. Det er på niveau med 2015. De kortuddannede rygere er således underrepræsenterede i Københavns Kommunes rygestoptilbud.



#### 4.1 Antal patientrettede forebyggelsesforløb →

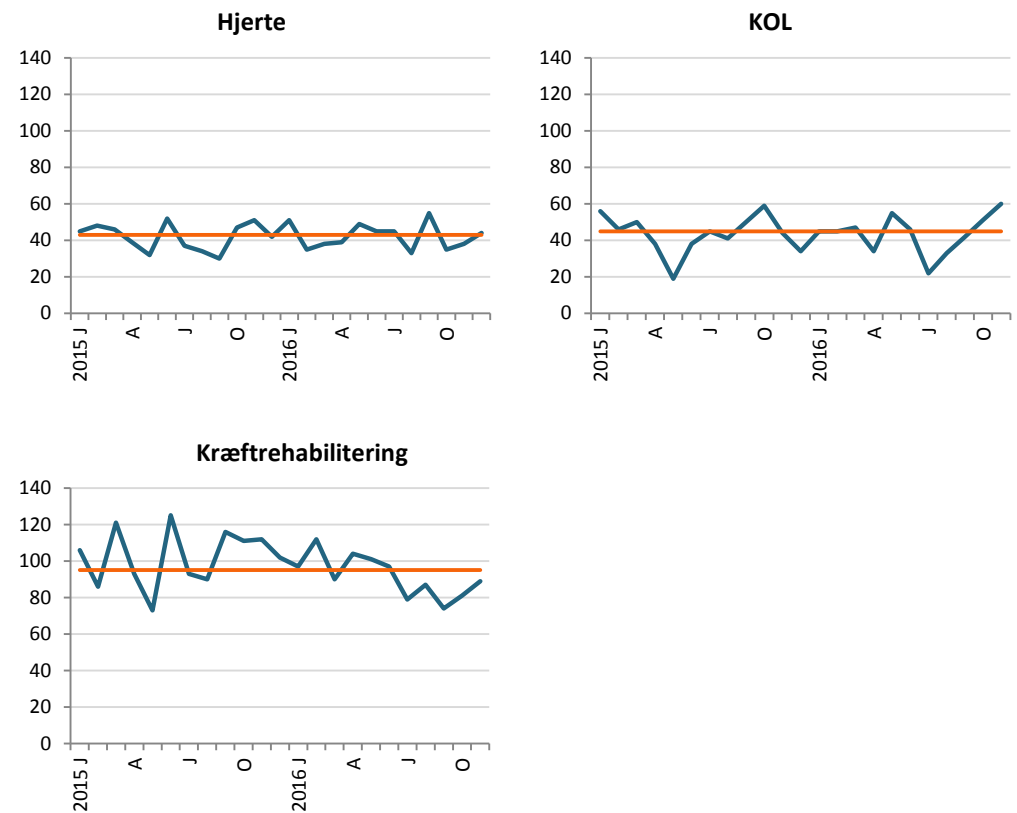
Patientrettede forebyggelsesforløb er tilbud, hvor kronisk syge i Københavns Kommune kan få støtte og inspiration til en sund livsstil med en kronisk sygdom. Forløbene kan indeholde følgende aktiviteter: Fysisk træning, kostvejledning, madlavning, undervisning i kroniske sygdomme samt rygestopvejledning.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

I 2016 har der været 507 hjerteforløb, 526 KOL-forløb og 1.086 kræftforløb. I 2015 var der 503 hjerteforløb, 520 KOL-forløb og 1.228 kræftforløb.

Figur 32 – Antal patientrettet forebyggelsesforløb



Kilde: CSC Sundhed Suite

Note: Udviklingen i antallet af diabetesforløb behandles selvstændigt i afsnit 4.3



## 4.2 Andel kortuddannede i forebyggelsesforløb **BASELINE**

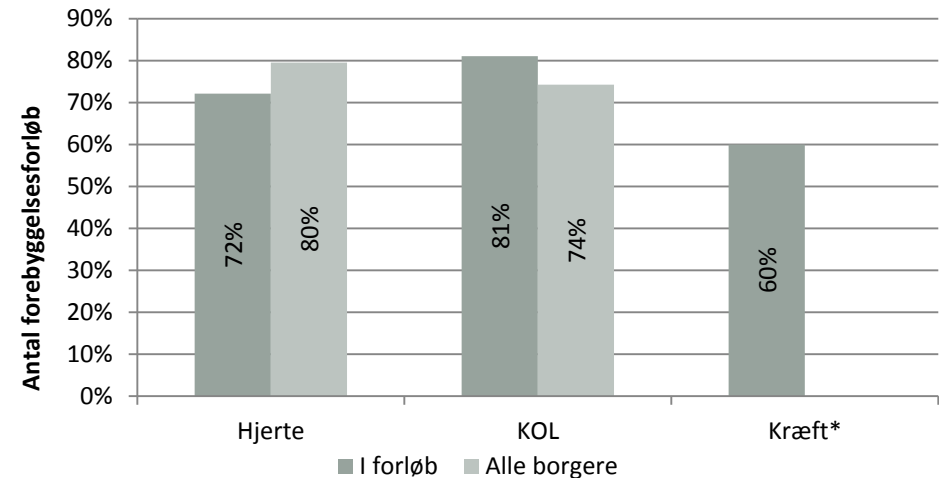
Forvaltningen vurderer, at det er vigtigt at følge op på, om der er lighed i sundhed i forebyggelsestilbuddene. Derfor måler vi på, om kortuddannede københavnere benytter tilbuddene i lige så høj grad som københavnere med længere uddannelser.

### Sådan måler vi

Andelen af kortuddannede i patientrettede forebyggelsesforløb sammenlignet med andelen af kortuddannede med den pågældende diagnose

Forvaltningen er lykkedes med at tiltrække en høj andel kortuddannede borgere med KOL i KOL-forløbene. På hjerteområdet er der en større andel kortuddannede blandt alle borgere med hjertesygdom end blandt de borgere med hjertesygdom, som kommer i forebyggelsestilbuddet.

Figur 33 – Andel kortuddannede i patientrettede forebyggelsesforløb



Kilde: CSC Sundhed Suite, registerdata fra Danmarks Statistik samt Sundhedsprofil 2013 – Kronisk Sygdom”, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden”

Note: Sammenligningsgrundlaget er alle borgere i Københavns Kommune med den pågældende diagnose.

\*Der er ingen sammenligningsgruppe for kræft

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: Andel kortuddannede i diabetesforløb behandles selvstændigt i afsnit 4.3



#### 4.1 Diabetesforløb **BASELINE**

Diabetes er et stort og stigende problem. Antallet af københavnere med diabetes forventes at stige med knap 27.000 borgere til ca. 51.500 i 2040, hvilket gør diabetes til den hurtigst voksende kroniske sygdom. Sundheds- og Omsorgsudvalget har derfor vedtaget en handleplan for diabetes, der blandt andet omfatter en nyt Center for Diabetes, som åbnede i 2016. Derfor følger forvaltningen antal diabetesforløb og udviklingen i andelen af kortuddannede i diabetesforløb sammenlignet med andelen af kortuddannede med diagnose diabetes, for at understøtte social lighed i sundhed. Endelig ses på, hvor mange henvisninger til diabetesforløb, der kommer fra den enkelte

##### Sådan måler vi

- Antallet af diabetesforløb i 2016
- Andelen af kortuddannede i diabetesforløb sammenlignet med andelen af kortuddannede med diabetes
- Hvor mange henvisninger til diabetesforløb, de enkelte lægepraksisser sender

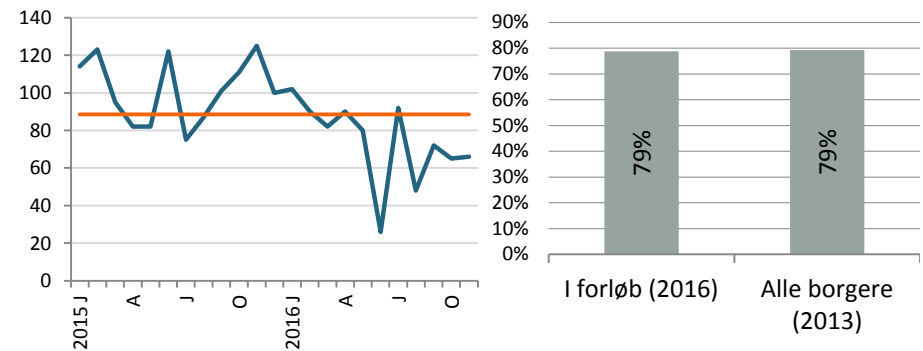
I 2016 har der været 877 diabetesforløb. I 2015 var der 1.217 diabetesforløb. Forvaltningen vurderer, at en del af faldet skyldes omorganiseringen af diabetesindsatsen i 2016 med oprettelse af Center for Diabetes. Forvaltningen forventer, at antallet af forløb vil stige i 2017.

For diabetes-forløbene svarer andelen af kortuddannede i forløb til andelen af kortuddannede blandt alle københavnere med diabetes. Der ses således ikke en social skævhed i, hvilke borgere der går i diabetesforløbene.

Der ses en variation i, hvor mange henvisninger til diabetesforløb, der kommer fra den enkelte lægepraksis i Københavns Kommune. Ca. halvdelen af

lægepraksisserne har ikke sendt nogen henvisninger i 2016, mens 2 procent af praksisserne har sendt mere end 10 henvisninger.

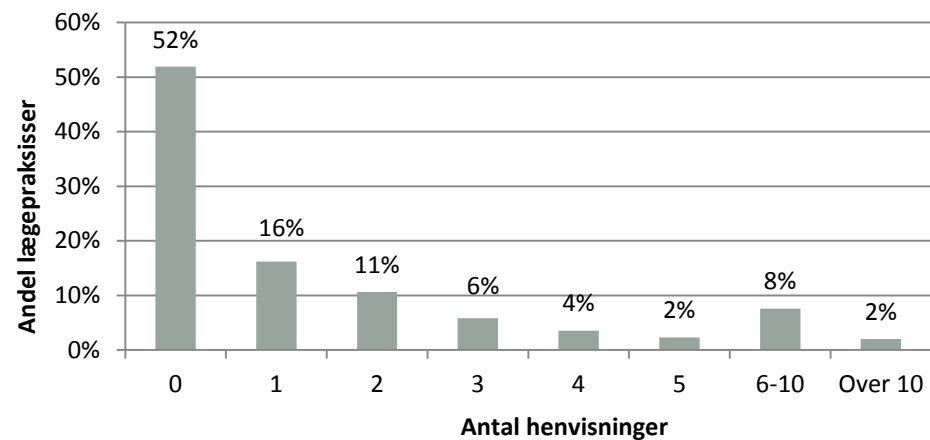
**Figur 34 – Antal diabetes forløb (til venstre) og andel kortuddannede i diabetesforløb (til højre)**



Kilde: Kilde: CSC Sundhed Suite, registerdata fra Danmarks Statistik samt Sundhedsprofil 2013 – Kronisk Sygdom”, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden”

Note: Sammenligningsgrundlaget er alle borgere i Københavns Kommune med diabetes.

**Figur 35 – Henvisninger til diabetesforløb fra praktiserende læger**



Kilde: CSC Sundhed Suite,

Note: I opgørelsen er der ikke taget højde for patientsammensætningen hos den enkelte praktiserende læge, herunder andelen af patienter med diabetes.

Note: Antal af læger i den enkelte lægepraksis varierer mellem 1 og 6 læger.



## 4.2 Tilmeldte borgere til rygestopforløb X

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

Der måles på, hvor mange borgere der tilmelder sig et rygestopforløb. 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 2016 var 2.542 borgere tilmeldt et rygestopforløb. Dermed er 86 procent af måltallet for 2016 realiseret.

Der er flere borgere, der har tilmeldt sig til et rygestopforløb i 2016 end i 2014 og 2015. På trods af, at måltallet er blevet opjusteret, er målopfyldelsesgraden steget – dog ikke tilstrækkeligt til at nå måltallet for 2016.

Table 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 I. halvår	1.528	1.926	2.542	32 %
Målopfyldelsesgrad af årsmål	78 %	79 %	86 %	7 %-point

Kilde: Center for Sundhed



### 4.3 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, samt hvor mange der forbliver røgfri efter 6 måneder.

#### Sådan måler vi

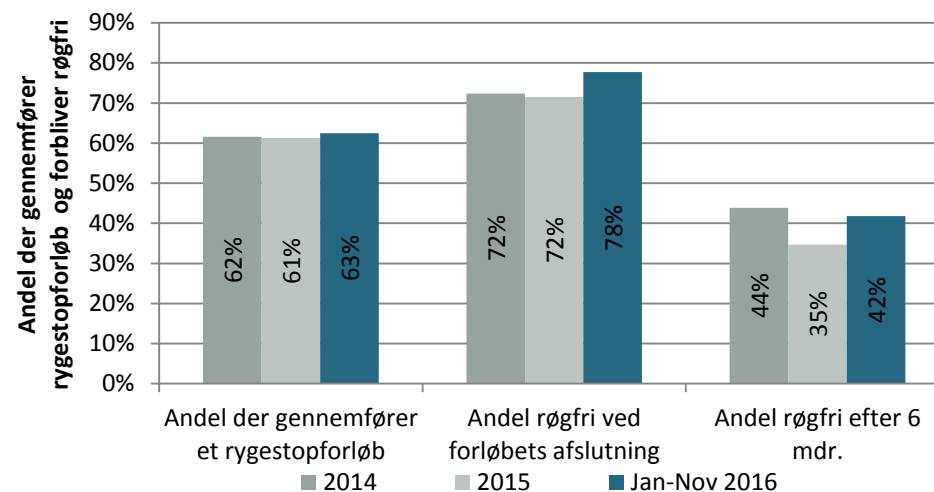
Opgørelsen omfatter andelen af tilmeldte deltagere til rygestopforløb, som gennemfører forløbet. Andelen af de deltagere, som gennemfører forløbet, som er røgfri ved afslutning henholdsvis efter 6 måneder, opgøres ligeledes.

I perioden januar-november 2016 var det 63 % af de borgere, der var tilmeldt et rygestopforløb, som gennemførte forløbet - det er på niveau med resultaterne for 2014 og 2015.

Af de borgere, der gennemførte forløbet, var 78 pct. røgfrie ved forløbets afslutning, mens det var 72 pct. i 2014 og 2015.

42 pct. af borgerne, der gennemførte et forløb i januar-november 2016, var fortsat røgfri efter 6 måneder.

Figur 36 – Andel der gennemfører et rygestopforløb og bliver røgfri



Kilde: Rygestopbasen



#### 4.4 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.

For rygestopsamtaler er det alene borgere i alderen 30+år indgår.

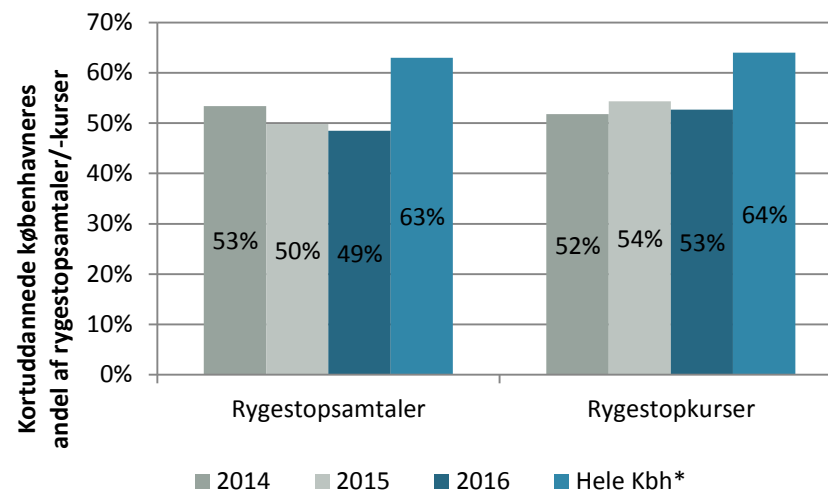
Der sammenlignes med andelen af kortuddannede blandt dagligrygere. Sammenligningsgrundlaget til rygestopsamtaler er kun borgere over 30 år.

Kortuddannede københavnere modtog 49 procent af de rygestopsamtaler, der blev foretaget i 2016. Det er på niveau med resultatet for 2015. På rygestopkurserne var 53 procent af deltagerne i 2016 kortuddannede, hvilket også er på niveau med 2015.

63 pct. af dagligrygerne over 30 år i Københavns Kommune er kortuddannede (målt i 2013). De kortuddannede rygere er således underrepræsenterede i Københavns Kommunes rygestoptilbud.

Forvaltningen følger tallene tæt og arbejder i markedsføringen og rekrutteringsaktiviteterne systematisk med at tiltrække flere kortuddannede.

Figur 37 –Kortuddannede københavnernes brug af rygestopsamtaler og rygestopkurser



Kilde: Stoplinien og Rygestopbasen samt sundhedsprofilen for København, 2013

\* For rygestopsamtaler er sammenligningsgrundlaget andelen af kortuddannede blandt dagligrygere over 30 år i Københavns Kommune. For rygestopkurser er sammenligningsgrundlaget det andelen af kortuddannede blandt dagligrygere i alle aldre i Københavns Kommune.

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: Afvigelse i tallene i forhold til årsrapporten for 2015 skyldes efterregistreringer.



## 5. Ventetider

### 5.1 Sagsbehandlingstider for hjemmepleje, hjælpemidler og plejebolig ✓

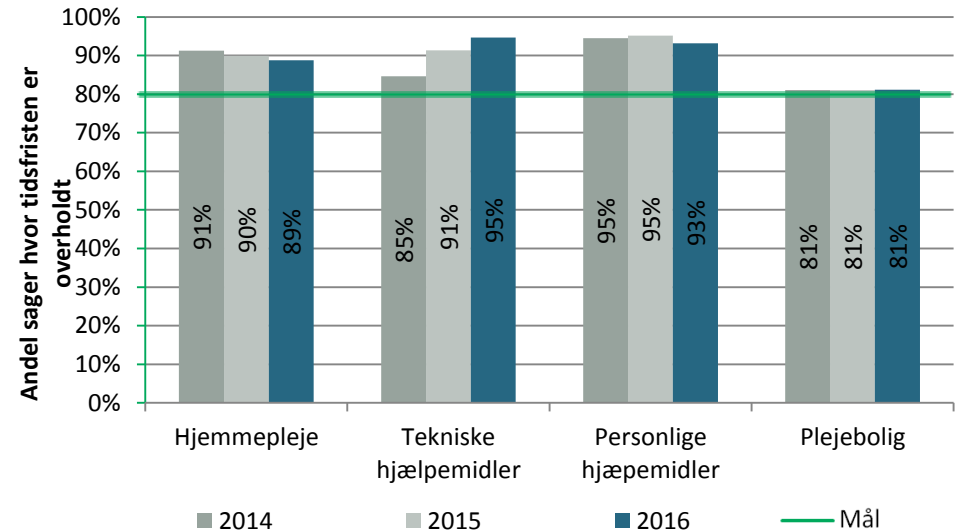
Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt, at sagsbehandlingsfristerne for hjemmepleje (personlig pleje og praktisk hjælp) og plejebolig er 10 hverdage. For tekniske og personlige hjælpemidler er sagsbehandlingsfristen 20 hverdage, medmindre der er brug for flere oplysninger i sagen, i så fald er sagsbehandlingstiden 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 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 38 – 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 – 4 ugers-garanti **X**

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

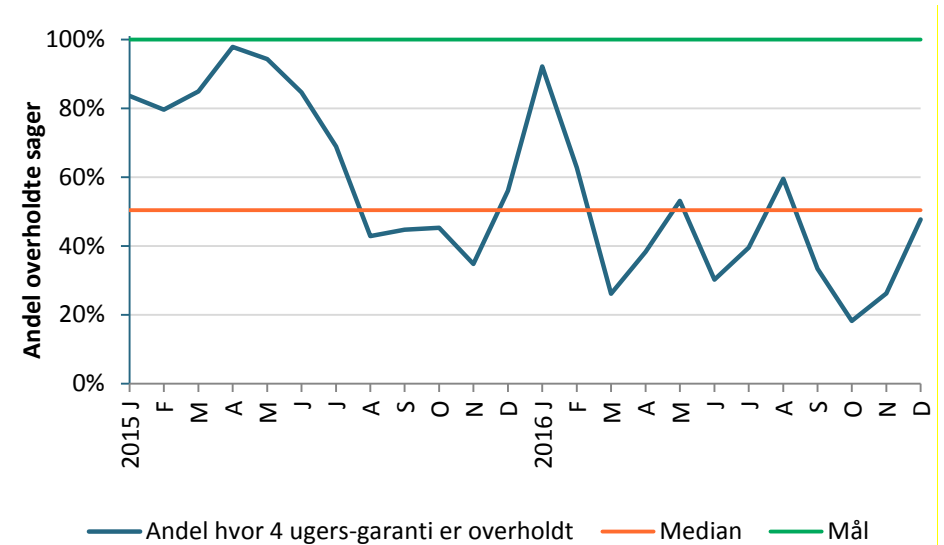
### Sådan måler vi

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

I 2016 var 537 sager omfattet af 4 ugers-garantien, og garantien blev overholdt i 235 af sagerne. I 2016 blev 4 ugers-garantien således overholdt i 44 % 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.

Figur 39 – 4 ugers-garanti for plejebolig



Kilde: VI-systemet

### 5.3 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

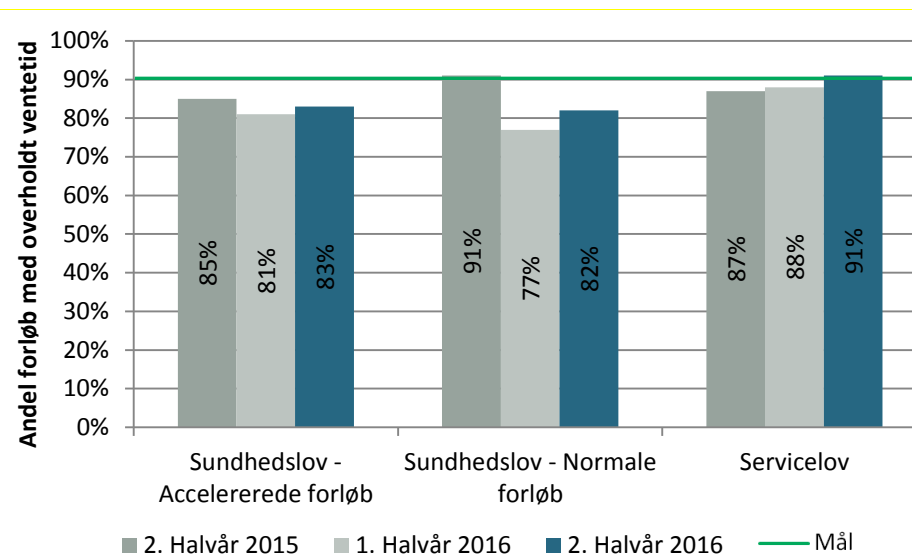
Andelen af genoptræningsforløb, hvor ventetiderne er overholdt. Borgerens samlede ventetid beregnes fra modtagelse af henvendelse til dato for første tilbudte aftale

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 sundhedsloven, hvor ventetiden er overholdt, ligger noget lavere i 2016 end i 2015 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. Sammenlignes 1. halvår 2016 med 2. halvår 2016 ses det, at andelen af normale forløb efter Sundhedsloven, hvor ventetiden er overholdt, er steget i løbet af 2016.

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

Figur 40 – Ventetider til genoptræning



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og CSC Suiten

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

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

Note: Det er ikke muligt at opgøre ventetiderne i første halvår 2015 og tidligere på grund af databrud i 2015. For at kunne illustrere udviklingen, er ventetiden opgjørt i halvår fra 2. halvår 2015 og frem.

## 6. Sygefravær

### 6.1 Sygefravær blandt fuldtidsansatte og elever X

Borgerrepræsentationen fastlægger måltal for sygefraværet i Københavns Kommune. Måltallene for 2016 var de samme som for 2015 - 13,1 dagsværk per fuldtidsansat og 14,2 dagsværk per elev.

#### Sådan måler vi

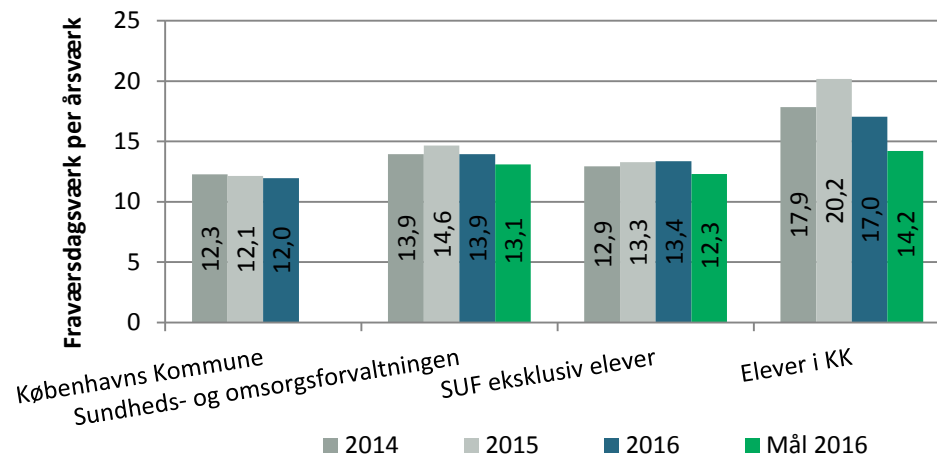
Antallet af sygefraværsdagsværk per årsværk for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen sammenlignet med hele Københavns Kommune.

Det er lykkedes at nedbringe sygefraværet blandt eleverne, men ikke tilstrækkeligt til at nå måltallet for 2016. Elevernes havde i 2016 et gennemsnitligt sygefravær på 17 dagsværk, hvor måltallet var 14,2 dagsværk per elev.

For Sundheds- og Omsorgsforvaltningen som helhed var sygefraværet i 2016 på 13,9 dagsværk pr. fuldtidsansat. Det er 0,8 dagsværk over målet for 2016. Det gennemsnitlige sygefravær pr. fuldtidsansat er lavere end i 2015. Faldet i sygefraværet skyldes faldet i elevernes sygefravær – ses der på sygefraværet fraregnet elever, er niveauet uændret.

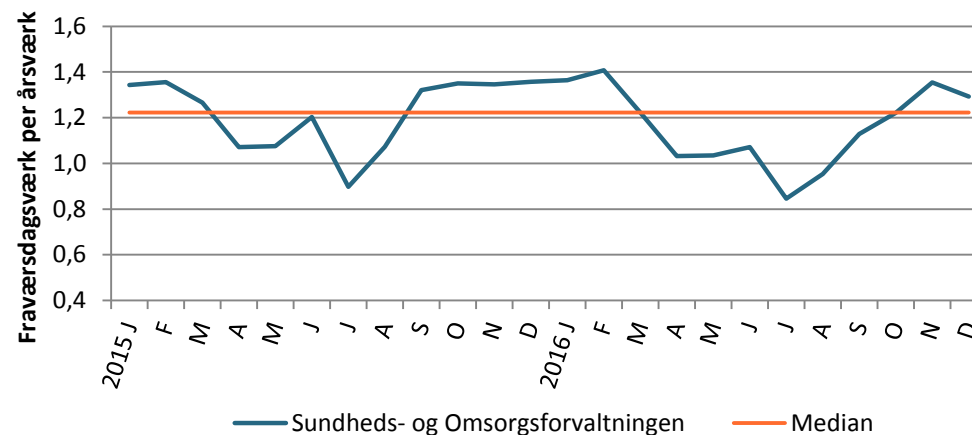
Forvaltningen vurderer, at faldet i elevernes sygefravær bl.a. skyldes de initiativer, som forvaltningen har iværksat i 2016 for at nedbringe elevernes sygefravær, samt erhversuddannelsesreformen fra 2015. Erhversuddannelsesreformen betyder, at de elever, der ansættes, skal opfylde højere krav end tidligere. Forvaltningens initiativer består bl.a. af ugentlige samtaler med SOSU-hjælpeelever som har fravær på første skoleforløb, hurtigere opfølgning på elever, som har fravær i prøvetiden, og tættere opfølgning på elever, som har langtidsfravær.

Figur 41 – Sygefravær i SUF sammenlignet med Københavns kommune



Kilde: Rubin

Figur 42 – Sygefravær i SUF



Kilde: Rubin

## 7. Overordnet brugertilfredshed

### 7.1 Politisk mål om niveau for samlet tilfredshed

Sundheds- og Omsorgsudvalget har vedtaget, at på alle de områder, hvor der gennemføres brugertilfredshedsundersøgelser, skal den samlede tilfredshed være på mindst 4,2 på en skala fra 1-5.

#### Sådan måler vi

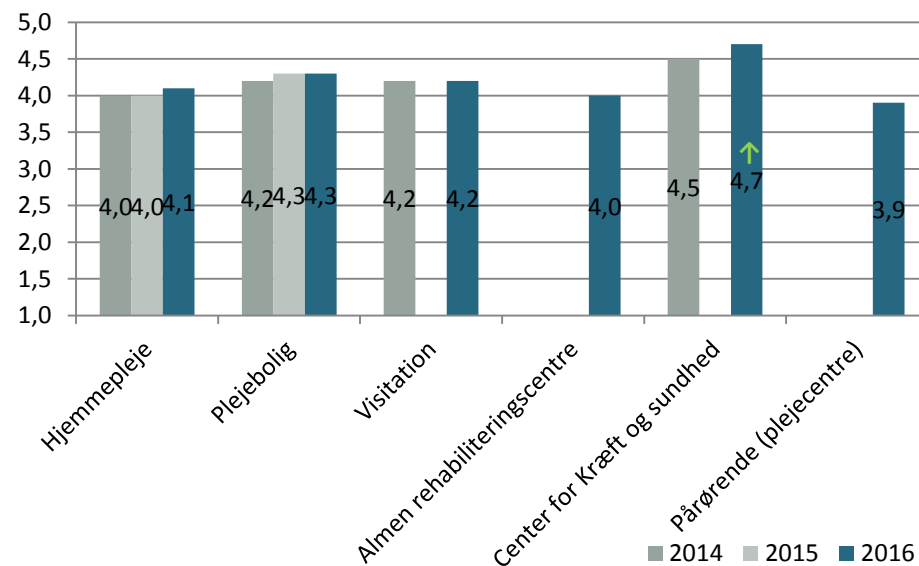
Resultatet af brugerundersøgelserne opgøres på en skala fra 1-5, hvor 5 er mest positivt. En samlet score på 4,2 er lig med, at resultatet befinder sig i det øverste måleinterval, dvs. "over middel/god". Oversat betyder det, at tallet 4,2 er et *samlet* udtryk for, at en **høj** andel af borgerne vurderer den hjælp, de får, på et **højt** tilfredshedsniveau. I de fleste tilfælde vil det betyde, at mellem 80 og 90 pct. af brugerne er tilfredse.

I 2016 er det politiske mål om en tilfredshed på 4,2 nået for områderne plejebolig, visitation samt Center for Kræft og Sundhed. På de øvrige områder ligger den samlede tilfredshed under målet.

Generelt ligger den overordnede tilfredshed meget stabil fra år til år. Kun blandt borgere, som har været i forløb på Center for Kræft og Sundhed, ses der en udvikling i 2016 - her er tilfredsheden steget. Undersøgelserne for rehabiliteringscentrene samt blandt de pårørende til beboere på plejecentre er gennemført for første gang i 2016, hvorfor det ikke er muligt at sammenligne med tidligere år.

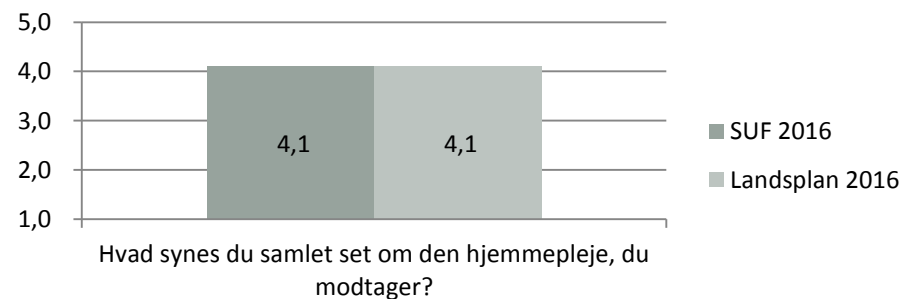
På tværs af landets kommuner er den samlede tilfredshed med hjemmeplejen i 2016 på 4,1 og således på det samme niveau som Københavns Kommune.

Figur 43- Brugernes samlede tilfredshed – alle brugerundersøgelser



Kilde: Brugerundersøgelser 2016. Undersøgelserne for almene rehabiliteringscentre samt pårørende på plejecentre er gennemført for første gang i 2016.

Figur 44 - Brugernes tilfredshed med hjemmeplejen sammenlignet med andre kommuner



Kilde: Brugerundersøgelse hjemmepleje København 2016, Landsdækkende brugerundersøgelse fra Økonomi- og Indenrigsministeriet 2016.

Note: Det er ikke muligt at foretage tilsvarende sammenligninger på de øvrige områder.

## Figuroversigt

Figur 1- Andel nye borgere med udredning og rehabilitering .....	9
Figur 2- Andel kendte borgere med udredning og rehabilitering .....	9
Figur 3- Andel med positiv udbytte af rehabiliteringsforløb .....	10
Figur 4- Andel forløb med positiv borgeroplevet effekt .....	11
Figur 5 - Genoptræningsforløb efter sundhedsloven for alle borgere.....	12
Figur 6 - Genoptræningsforløb efter sundhedsloven og serviceloven for borgere over 65 år.....	12
Figur 7 – Andel forløb efter sundhedsloven med borgeroplevet effekt.....	13
Figur 8 – Andel forløb efter serviceloven med borgeroplevet effekt.....	13
Figur 9 – Brugernes vurdering af hjemmeplejen - frihed.....	14
Figur 10 – Brugernes vurdering af plejecentrene - frihed.....	15
Figur 11- Andel besøg leveret af primær/sekundær hjælper eller 4 nærmeste hjælpere.....	17
Figur 12 – Brugernes vurdering af fast hjælper i hjemmeplejen.....	18
Figur 13 – Kommunale tilsyn .....	19
Figur 14 – Embedslægetilsyn med plejecentre.....	20
Figur 15 – Ventedage for borgere over 65 år i Københavns Kommune.....	21
Figur 16 – Ventedage Region Hovedstaden ekskl. København .....	21
Figur 17 - Forebyggelige indlæggelser for borgere i Københavns Kommune – alle borgere over 65 år .....	22
Figur 18 – Forebyggelige indlæggelser for borgere i Region Hovedstaden ekskl. København – alle borgere over 65 år.....	22
Figur 19 - Forebyggelige indlæggelser - kendte borgere over 65 år .....	23
Figur 20 – Genindlæggelser for borgere over 65 år i Københavns Kommune .....	24
Figur 21 – Genindlæggelser for borgere over 65 år i Region Hovedstaden ekskl. København .....	24
Figur 22 – Korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i Københavns Kommune .....	25
Figur 23 – Korttidsindlæggelser for borgere over 65 år i Region Hovedstaden ekskl. Københavns Kommune .....	25
Figur 24 – Brugernes vurdering af hjemmeplejen – tryghed .....	26
Figur 25 – Brugernes vurdering af plejecentrene - tryghed.....	27
Figur 26 – Brugernes vurdering af hjemmeplejen - medborgerskab.....	29
Figur 27 – Brugernes udbytte af samvær med andre beboere - plejecentre .....	30
Figur 28 – Brugernes vurdering af plejecentrene – medborgerskab .....	30
Figur 29 – Brugernes oplevelse af ensomhed – plejecentre og hjemmepleje .....	31
Figur 30 – Brugernes oplevelse af ensomhed – plejecentre.....	31
Figur 31 – De pårørendes vurdering af plejecentrene - medborgerskab....	32
Figur 32 – Antal patientrettet forebyggelsesforløb .....	34
Figur 33 – Andel kortuddannede i patientrettede forebyggelsesforløb .....	35
Figur 34 – Antal diabetes forløb (til venstre) og andel kortuddannede i diabetesforløb (til højre).....	36
Figur 35 – Henvvisninger til diabetesforløb fra praktiserende læger .....	36
Figur 36 – Andel der gennemfører et rygestopforløb og bliver røgfri .....	39
Figur 37 –Kortuddannede københavnernes brug af rygestopsamtaler og rygestopkurser .....	40
Figur 38 – Sagsbehandlingstider .....	41
Figur 39 – 4 ugers-garanti for plejebolig .....	42
Figur 40 – Ventetider til genoptræning .....	43
Figur 41 – Sygefravær i SUF sammenlignet med Københavns kommune .....	44
Figur 42 – Sygefravær i SUF .....	44
Figur 43– Brugernes samlede tilfredshed – alle brugerundersøgelser .....	45
Figur 44 - Brugernes tilfredshed med hjemmeplejen sammenlignet med andre kommuner .....	45

**KØBENHAVNS KOMMUNE**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Center for Kvalitet og Sammenhæng

Afdeling for Data og Analyse

[www.kk.dk](http://www.kk.dk)