

KVARTALSRAPPORT 1. KVARTAL 2013

FOR SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN



INDHOLD

KAPITEL 1: INDLEDNING	3
KAPITEL 2: RESUMÉ	4
KAPITEL 3: HJEMMEPLEJE.....	8
3.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER.....	8
3.2: MODTAGERE AF HJEMMEPLEJE	9
3.3: ANTAL FORSKELLIGE HJÆLPERE I BORGERNES HJEM	13
KAPITEL 4: SYGEPLEJE	14
KAPITEL 5: PLEJEBOLIGER.....	16
5.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER.....	16
5.2: BEBOERE, DER BOR I PLEJEBOLIG.....	19
KAPITEL 6: HJEMTAGNING, GENOPTRÆNING OG FOREBYGGELSE	20
6.1: HJEMTAGNING.....	20
6.2: GENOPTRÆNING.....	22
6.3: FOREBYGGELSE	24
KAPITEL 7: TILSYN OG KLAGER	29
KAPITEL 8: MEDARBEJDERE	31
8.1: MEDARBEJDERE	31
8.2: SYGEFRAVÆR	33
APPENDIKS: BORGERE OG BRUGERE	35
FIGUR- OG TABELOVERSIGT	39

KAPITEL 1: INDLEDNING

Hensigten med *Kvartalsrapport 1. kvartal 2013* er at tegne et samlet billede af, hvordan 1. kvartal 2013 forløb for de borgere, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen servicerer, og de medarbejdere, som forvaltningen beskæftiger.

Hensigten med rapporten er desuden at give en systematisk status på de politiske mål, der er sat for forvaltningen.

Rapporten er opbygget som følger:

Kapitel 2 indeholder et resumé af rapporten.

I **Kapitlerne 3, 4 og 5** gennemgås forvaltningens tre største serviceområder, **hjemmepleje, sygepleje og plejeboliger**. Kapitlerne indeholder blandt andet oplysninger om sagsbehandlingstid og hvem der modtager ydelserne.

Kapitel 6 sætter fokus på **hjemtagning** fra hospitalerne og **genoptræning**. Derudover indeholder kapitlet oplysninger om **forebyggende hjemmebesøg** samt **patientrettede og borgerrettede forløb**.

I **kapitel 7** beskrives forvaltningens **tilsyn** samt **klager** over forvaltningen.

I **kapitel 8** præsenteres nøgletal om antal **medarbejdere** og sygefravær.

I **appendiks** vises antallet af borgere i Københavns Kommune, samt brugere af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser.

I de fleste tilfælde opgøres tallene for 1. kvartal 2011, 2012 og 2013, og som oftest sammenlignes tallene for 1. kvartal 2013 med 1. kvartal 2011 frem for 1. kvartal 2012 for at give et længere perspektiv på udviklingen.

Nogle af tabellerne i kvartalsrapporten indeholder ikke data for hele 1. kvartal 2013, da der i perioden 21. marts – 2. april 2013 var lukket for adgang til dokumentationen i KOS i forbindelse med overgangen til KOS2.

God læselyst.

Sundheds- og Omsorgsborgmester

Ninna Thomsen

Administrerende direktør

Katja Kayser

KAPITEL 2: RESUMÉ

I dette resume af kvartalsrapporten for 1. kvartal 2013 beskrives primært status på de politiske mål, der er sat for forvaltningen. Resumeet er inddelt i overskrifter, der svarer til kapitlerne i kvartalsrapporten.

HJEMMEPLEJE (kapitel 3)

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt **tidsfrister for sagsbehandlingen** af ansøgninger om hjemmepleje, madservice og hjælpemidler. I 1. kvartal 2013 blev sagsbehandlingsfristerne overholdt i 87-90% af sagerne om personlig pleje, praktisk hjælp, madservice og hjælpemidler. Dette er højere end det vejledende mål om overholdelse af sagsbehandlingsfristerne i 80% af sagerne, som retssikkerhedsloven anbefaler. I 2012 var det en udfordring at overholde sagsbehandlingsfristen for tekniske hjælpemidler, og derfor har forvaltningen haft særlig fokus på at nedbringe sagsbehandlingstiden på dette område. Den særlige indsats har bevirket at sagsbehandlingstiderne er forbedrede, således at 87% af sagerne om tekniske hjælpemidler blev behandlet indenfor sagsbehandlingsfristen i 1. Kvartal 2013 (figur 1).

Det er en indikator i sundhedspolitikken *Længe Leve København*, at 20% af de nyvisiterede borgere skal modtage **aktiverende ydelser** i 2014. I 1. kvartal 2013 gjaldt det for 17% af de nyvisiterede borgere, hvilket er en stigning fra 12% i 1. kvartal 2011. Desuden er det et mål i reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* at alle, som modtager praktisk hjælp, bliver trænet til at klare sig selv bedst muligt. I 1. kvartal 2013 modtog 9% af alle borgere med praktisk hjælp **hverdagsrehabiliterende ydelser**, hvilket er en stigning på 5 %-point siden 1. kvartal 2012. Udviklingen går således i den rigtige retning (figur 4 og figur 5).

Sundheds- og Omsorgsudvalget har besluttet at mindst to ud af tre hjemmeplejebesøg (66%) skal varetages af **borgerens primære eller sekundære hjælpere** for borgere med op til 12 timers hjælp om ugen. I jan./feb. 2013 blev 61% af besøgene om dagen og 66% af besøgene om aftenen leveret af borgerens primære eller sekundære hjælpere. Andelen er steget lidt for daghjemmeplejen og faldet lidt for aftenhjemmeplejen siden 2011. Forvaltningen forventer, at andelen vil blive forbedret, når det nye omsorgssystem KOS II er fuldt implementeret, fordi KOS2 i højere grad understøtter den tekniske planlægning af færre borger i den enkelte borgers hjem (figur 6).

SYGEPLEJE (kapitel 4)

Sundheds- og Omsorgsudvalget har i januar 2013 ændret det politiske mål for **sygeplejeklinikker**, således at målet nu er, at driften af sygeplejeklinikkerne kan finansieres gennem sparet vejtid på de besøg der aflægges i klinikkerne. Der er i januar og februar 2013 aflagt 4.397 besøg i sygeplejeklinikkerne og klinikkerne har derved været fuldt finansieret af driften. Målet er således opfyldt. Fokus er fortsat at borgere, der evner det, skal modtage ydelser i sygeplejeklink samt at øge antallet af besøg i klinikkerne (figur 8).

PLEJEBOLIGER (kapitel 5)

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt, at ansøgninger om plejebolig skal behandles inden for 21 hverdage. I 1. kvartal 2013 blev 93% af sagerne afsluttet inden for **sagsbehandlingsfristen**. Dette er højere end det vejledende mål om overholdelse af sagsbehandlingsfristerne i 80% af sagerne, som retssikkerhedsloven anbefaler. Andelen af sager, der behandles indenfor sagsbehandlingsfristen, er steget fra 92% i 1. kvartal 2011 (figur 9).

Sundheds- og Omsorgsudvalgets har desuden fastsat et mål om, at alle godkendte ansøgere skal have et tilbud om en bolig inden for fire uger (**4-ugersgarantien**). I 1. kvartal 2013 blev **4-ugersgarantien** overholdt i 97% af sagerne - en stigning på 3%-point siden 1. kvartal 2011 (Figur 10).

I reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* er der fastsat et mål om, at svage ældre skal **flytte tidligere i plejebolig**. Indenfor det seneste løbende år havde 1.297 borgere mere end 12 timers hjælp om ugen. Heraf var 27% blevet godkendt til plejebolig. Denne andel har ligget på et nogenlunde stabilt niveau siden 2011 (løbende år) I 2012 har der været pres på plejeboligkapaciteten grundet ombygningen af plejeboliger og det har således ikke været muligt systematisk at starte dialogen om plejebolig med borgere, når de modtager over 12 timers hjælp om ugen. Der er i januar 2013 åbnet en række nye pladser, og der er dermed ikke længere samme pres på pladskapaciteten. Visitationerne har dog i 1. kvartal 2013 været særligt udfordrede på grund af implementeringen af det nye omsorgssystem KOS2, og de har derfor endnu ikke kunne sætte særligt fokus på at starte dialogen med borgerne tidligere. Forvaltningen er i gang med at se på, hvordan visitationskriterierne kan tilpasses, så der i højere grad tages højde for faktorer som ensomhed mv. (figur 11).

HJEMTAGNING, GENOPTRÆNING OG FOREBYGGELSE (kapitel 6)

Ifølge Sundhedsaftalen 2011-2014 skal Københavns Kommune hjemtage færdigbehandlede patienter fra hospitalerne hurtigst muligt og senest 14 dage efter færdigbehandling. 31 borgere – svarende til 8% af alle ventende borgere – **ventede mere end 14 dage** i 1. kvartal 2013. Til sammenligning var der 9 borgere, svarende til 2%, som ventede mere end 14 dage i 1. kvartal 2011. Det samlede antal ventedage er steget med 27% fra 1. kvartal 2011 til 1. kvartal 2013. Der er således udfordringer med at nå sundhedsaftalens mål (tabel 1).

Desuden har Sundheds- og Omsorgsudvalget fastlagt et mål om, at der i gennemsnit maksimalt må være 11 færdigbehandlede patienter per dag, der venter på hjemtagning. I 2013 (løbende år) var der i gennemsnit 34 **færdigbehandlede patienter per dag**, der ventede på hjemtagning. Heraf var der 24 65+-årige patienter, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ansvaret for at hjemtage. Antallet af 65+-årige færdigbehandlede patienter er steget fra 20 patienter per dag siden 2011 (løbende år) til 24 patienter per dag i 2013 (løbende år). Kommunen lever derved ikke op til målsætningen om maksimalt 11 ventende patienter per dag. Forklaringen på det stigende antal ventedage er dels, at der i 2012 som led i moderniseringsplanen var lukket for indtag på nogle plejehjem, uden at de nye plejehjem endnu var åbnet. Dette gav pres på plejeboligpladserne og dermed også på

de midlertidige døgnpladser. Der var endvidere i januar 2013 stor overbelægning på hospitalerne, der havde flere indlæggelser end sædvanligt. Der var dermed flere færdigbehandlede end sædvanligt, der skulle hjemtages. Det er derudover en udfordring, at patienterne i nogle tilfælde erklæres færdigbehandlede af sygehusene uden reelt at være det. Som beskrevet ovenfor er der imidlertid åbnet en række pladser i januar 2013, og der er ikke længere samme pres på kapaciteten. Forvaltningen arbejder fortsat på at nedbringe antallet af færdigbehandlede patienter på hospitalerne ved at forbedre kapacitetsudnyttelsen på de midlertidige pladser og ved at tilrettelægge hjælpen i hjemmet, så flere borgere kan hjemtages til eget hjem i stedet for til en midlertidig plads. (figur 13).

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt et mål for **ventetider til genoptræning**. Borgere må maksimalt vente 15 hverdage på genoptræning efter Sundhedsloven (7 dage for accelererede forløb), og for træningsforløb efter Serviceloven højst 20 hverdage. Ventetiderne blev overholdt for 96-99% af genoptræningsforløbene i 1. kvartal 2013, hvilket er en stigning i forhold til 1. kvartal 2011 (figur 14).

Det indgår i udmøntningen af sundhedspolitikken, at antallet af **patientrettede forebyggelsesforløb** skal stige til 2.000 årlige forløb i 2014. I 1. kvartal 2013 modtog 452 kronisk syge borgere et patientrettet forebyggelsesforløb. Hvis dette niveau fastholdes er forvaltningen således allerede tæt på at nå målet for 2014 (figur 17).

Endvidere indgår det i sundhedspolitikken, at antallet af **telemedicinske forløb** med sår- og KOL-patienter skal stige til 800 forløb i 2014. I 1. kvartal 2013 var der påbegyndt 98 telemedicinske sår-, KOL- og type 2 diabetesforløb. Telemedicinsk behandling startede op i 2012 og har været i en opstartsperiode, men forvaltningen vurderer, at antallet af forløb vil stige markant i 2013 og 2014, således at målet om 800 forløb i 2014 kan nås (figur 18).

Det indgår også i udmøntningen af sundhedspolitikken *Længe Leve København*, at 8.000 borgere i 2014 skal modtage **borgerrettede forebyggelsestilbud** vedrørende kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet. I 1. kvartal 2013 modtog ca. 1.830 borgere et sådant tilbud. Hvis niveauet fastholdes i den resterende del af 2013, er forvaltningen således tæt på at indfri målet for 2014 (figur 19).

Endelig fremgår det af *Længe Leve København*, at andelen af **rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere** via STOPLINIEN skal stige fra 33% i 2010 til 40% i 2014. I 1. kvartal 2013 udgjorde rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere i alt 49% af alle rygestopsamtalerne, og målet for 2014 var således opfyldt i 1. kvartal 2013 (figur 20).

TILSYN OG KLAGER (kapitel 7)

Ifølge Københavns Kommunes kvalitetsmål må ingen plejeboliger eller hjemmeplejeenheder gå igennem et kalenderår uden at blive godkendt ved de kommunale tilsyn. I 1. kvartal 2013 er der ikke afrapporteret **kommunale tilsyn samt embedslægetilsyn**, derfor indgår der ikke tilsynsresultater i rapporten.

I 1. kvartal 2013 har forvaltningen færdigbehandlet 45 **klagesager**, hvilket svarer til 1,9 klagesager per 1.000 brugere i forvaltningen. Antallet af klagesager er faldet i forhold til 1. kvartal 2011, hvor der var 2,4 klagesager per 1.000 brugere (tabel 2).

MEDARBEJDERE (kapitel 8)

Som led i *Aktiv og Tryk Hele Livet* har Sundheds- og Omsorgsudvalget fastlagt et mål om, at **andelen af ansatte mænd** skal udgøre mindst 20% i 2015. Ultimo 1. kvartal 2013 udgjorde andelen af mænd i forvaltningen 16,6%. Andelen er steget markant siden 1. kvartal 2012, men dette skyldes primært, at alle kommunens elever indgår i opgørelsen fra 2013, fordi Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har overtaget administrationen af elever i hele kommunen: Blandt de øvrige elever (pædagogstuderende mv.), er andelen af mænd højere end blandt SOSU-elever, og derfor er andelen af mænd samlet set steget. Det er på nuværende tidspunkt svært at sige, om målet om 20% mænd i 2015 kan opnås.

I henhold til Ligestillingspolitikken er der i 2013 påbegyndt et arbejde i regi af Det Centrale Ligestillingsudvalg, som omhandler fastsættelse af nye måltal for mænd i omsorgsfag. I den forbindelse vil initiativer til at fremme andelen af mænd i omsorgsfag også blive drøftet (figur 21).

Borgerrepræsentationen har besluttet at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen skal reducere **sygefraværet** fra 14,3 dagsværk per fuldtidsansat i 2012 til 13,9 dagsværk per fuldtidsansat i 2013. Forvaltningens sygefravær udgjorde 4,2 dagsværk per fuldtidsansat i 1. kvartal 2013, hvilket er et fald på 0,4 dagsværk per fuldtidsansat siden 1. kvartal 2011. sygefraværet er dog steget 0,3 dagsværk siden 1. kvartal 2012. Med den nuværende udvikling vil forvaltningen er det tvivlsomt om forvaltningen kan pfylde målet for sygefravær i 2013 (figur 22).

Ligeledes skal **elevernes sygefravær** reduceres med 1,8 dagsværk fra 2013-2015, hvilket svarer til en reduktion på 0,6 dagsværk per år. I 2013 er målet 15,4 dagsværk per elev. Elevernes sygefravær i Københavns Kommune i alt var 4,6 fraværsdagsværk per elev i 1. kvartal 2013, hvilket er et fald på 1,1 fraværsdagsværk siden 1. kvartal 2011, men en stigning på 0,5 fraværsdagsværk siden 1. kvartal 2012. Med den nuværende udvikling vil forvaltningen måske ikke opfylde målet for elevernes sygefravær i 2013 (figur 22).

KAPITEL 3: HJEMMEPLEJE

Dette kapitel indeholder oplysninger om sagsbehandlingstid for hjemmeplejeydelser, hvem der modtager hjemmepleje samt anvendelsen af aktiverende ydelser. Desuden præsenteres tal for andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper.

Hjemmepleje består af personlig pleje og praktisk hjælp. Personlig pleje dækker over forskellige former for hjælp til personlig hygiejne, hjælp og støtte til mad og måltider, psykisk pleje og omsorg, hjælp til medicin samt sengeredning, forflytning og lejrning. Praktisk hjælp dækker over hjælp til rengøring og opgaver i forbindelse med indkøb samt tøjvask. Derudover visiteres til ordningerne tøjvask, indkøb, madservice, spisetilbud og turkøb.

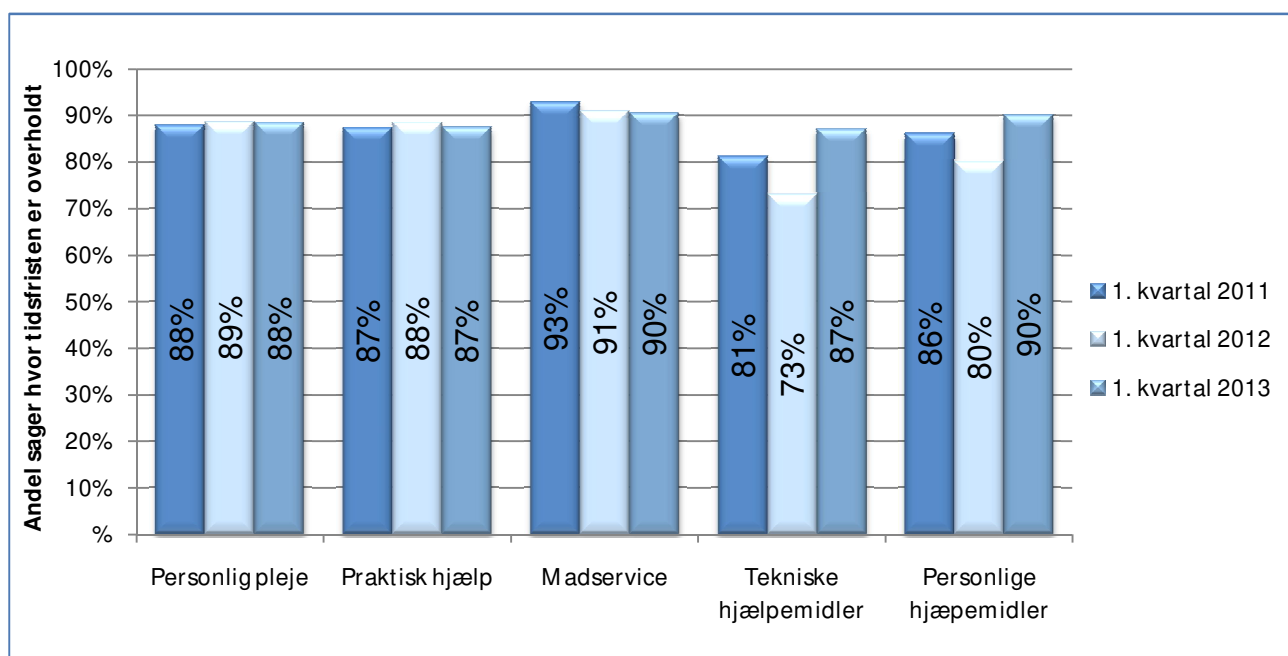
3.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER

Figur 1 – Sagsbehandlingstider på hjemmeplejeområdet

Figuren viser andelen af sager, der er blevet behandlet inden for sagsbehandlingsfristerne på de enkelte områder.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt, at sagsbehandlingsfristerne for hjemmepleje (personlig pleje og praktisk hjælp) og madservice er 5 arbejdsdage. For tekniske og personlige hjælpemidler er sagsbehandlingsfristen 4 uger, med mindre sagen involverer 3. part, i så fald er sagsbehandlingstiden fastsat til 8 uger. For udskiftning af personlige hjælpemidler er sagsbehandlingsfristen 1 uge.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har fastlagt et mål om, at sagsbehandlingsfristerne skal overholdes i mindst 80% af sagerne (jf. anbefaling i vejledning til retssikkerhedsloven).



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

I 1. kvartal 2013 blev der behandlet 702 sager vedrørende hjemmepleje og madservice. 88% af sagerne om personlig pleje, 87% af sagerne om praktisk hjælp og 90% af sagerne om madservice blev behandlet inden for sagsbehandlingsfristen på 5 arbejdsdage. Andelen af sager, der er behandlet inden for sagsbehandlingstidsfristen, har været nogenlunde stabil fra 1. kvartal 2011 til 1. kvartal 2013.

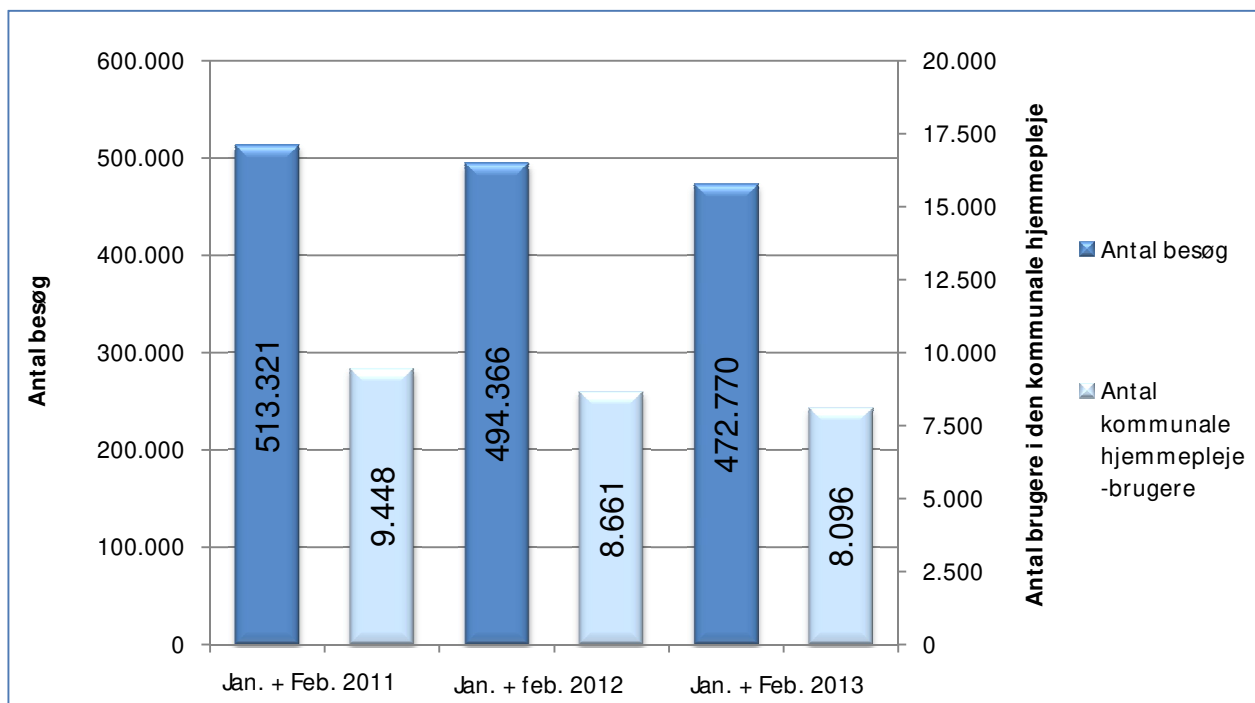
Der blev i 1. kvartal 2013 behandlet 4.750 sager vedrørende hjælpemidler. 87% af sagerne om tekniske hjælpemidler og 90% af sagerne om personlige hjælpemidler blev behandlet inden for sagsbehandlingsfristerne. Sagsbehandlingsfristen for tekniske hjælpemidler er steget 6%-point og personlige hjælpemidler er steget 4%-point siden 1. kvartal 2011. I 2012 var det en udfordring med at overholde sagsbehandlingsfristen for tekniske hjælpemidler, og derfor har forvaltningen haft fokus på at nedbringe sagsbehandlingstiden for tekniske hjælpemidler, så der er sket en positiv udvikling, så vi nu overholder sagsbehandlingstidsfristen.

Forvaltningen indfrier dermed målsætningen om at mindst 80% af sagerne behandles inden for tidsfristerne.

3.2: MODTAGERE AF HJEMMEPLEJE

Figur 2 – Kommunale hjemmeplejebesøg og hjemmeplejeburere

Figuren viser antal leverede besøg af de kommunale dag- og aftenhjemmeplejegrupper og antal brugere med kommunal hjemmeplejeleverandør.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Note: Natplejen og Døgnbasen er ikke inkluderet.

Note: Brugere, der kun modtager ordninger, har privat leverandør eller er inaktive hele perioden, indgår ikke i opgørelsen.

Note: Tabellen indeholder kun data for januar og februar, pga. overgang til KOS2.

Fra januar og februar 2011 til januar og februar 2013 er antallet af leverede besøg og antal brugere i den kommunale hjemmepleje faldet med henholdsvis 8% og 14%.

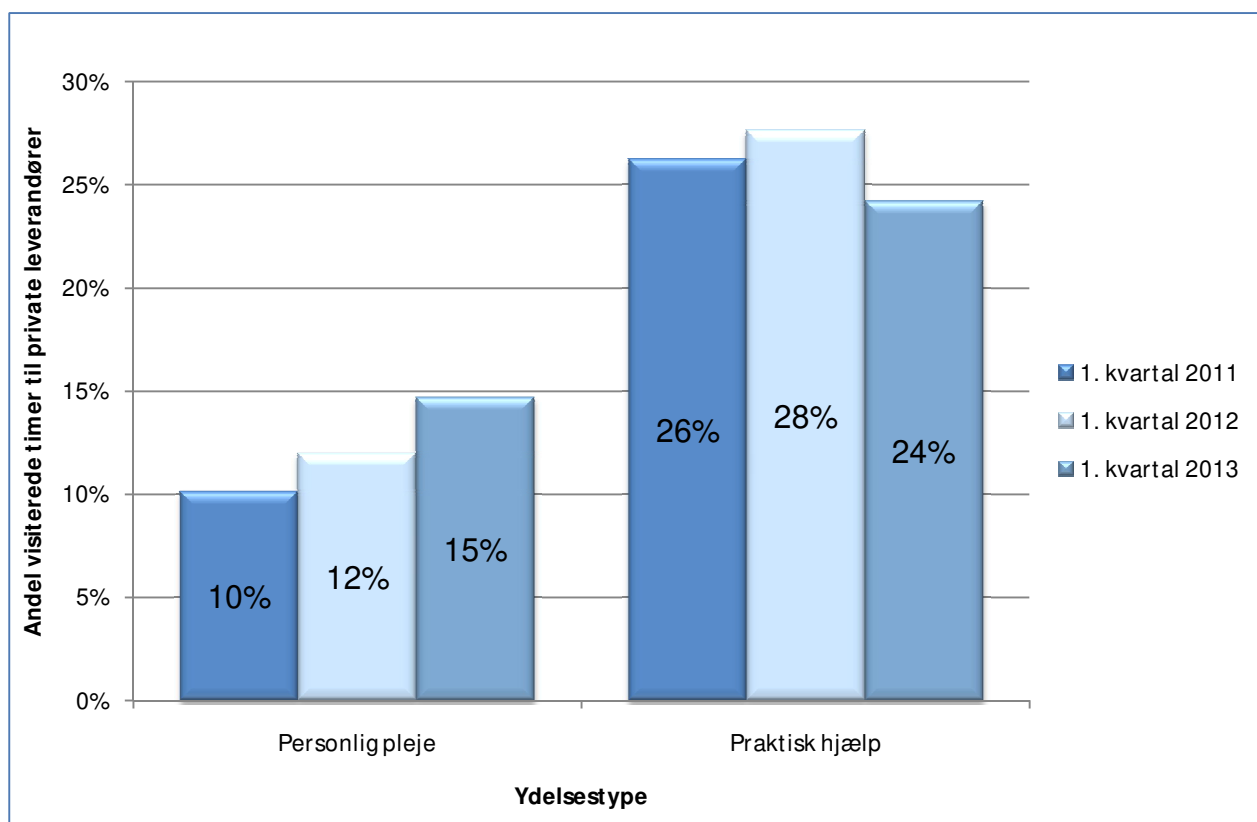
Det gennemsnitlige antal besøg per bruger er således steget en smule i perioden, fra 54 besøg i januar og februar 2011 til 58 besøg i januar og februar 2013. Det gennemsnitlige antal besøg per bruger dækker dog over en meget stor spredning, da nogle hjemmeplejebrugere kun har modtaget meget få besøg i en kort periode, mens andre brugere kontinuerligt får hjælp mange gange i døgnet.

Faldet i antal kommunale hjemmeplejebrugere og besøg skal dels ses i sammenhæng med, at der i Københavns Kommune bliver relativt flere borgere i alderen 65-79 år og færre 80+ årige, og dels i sammenhæng med, at en større andel af brugerne vælger en privat leverandør i stedet for en kommunal leverandør.

Figur 3 – Visiterede timer til brugere, der har valgt private hjemmeplejeleverandører

Figuren viser andelen af visiterede timer til brugere, der har valgt private hjemmeplejeleverandører.

Ifølge lovgivningen skal modtagere af personlig pleje og praktisk hjælp have mulighed for frit leverandørvalg. Derfor kan brugere, som er visiteret til hjemmepleje, frit vælge mellem kommunale og private leverandører af hjemmepleje.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Note: Opstartspakker er ikke medtaget i opgørelsen

Siden 1. kvartal 2011 er andelen af visiterede timer, der leveres af private leverandører, steget med 5%-point for personlig pleje, mens andelen for praktisk hjælp er faldet 2%-

point og siden 2012 er den faldet med 4%-point. Brugerne vælger i højere grad privat leverandør til praktisk hjælp end til personlig pleje. Således blev 24% af de visiterede timer til praktisk hjælp visiteret til en privat leverandør i 1. kvartal 2013, mens det samme gjaldt for 15% af de visiterede timer til personlig pleje.

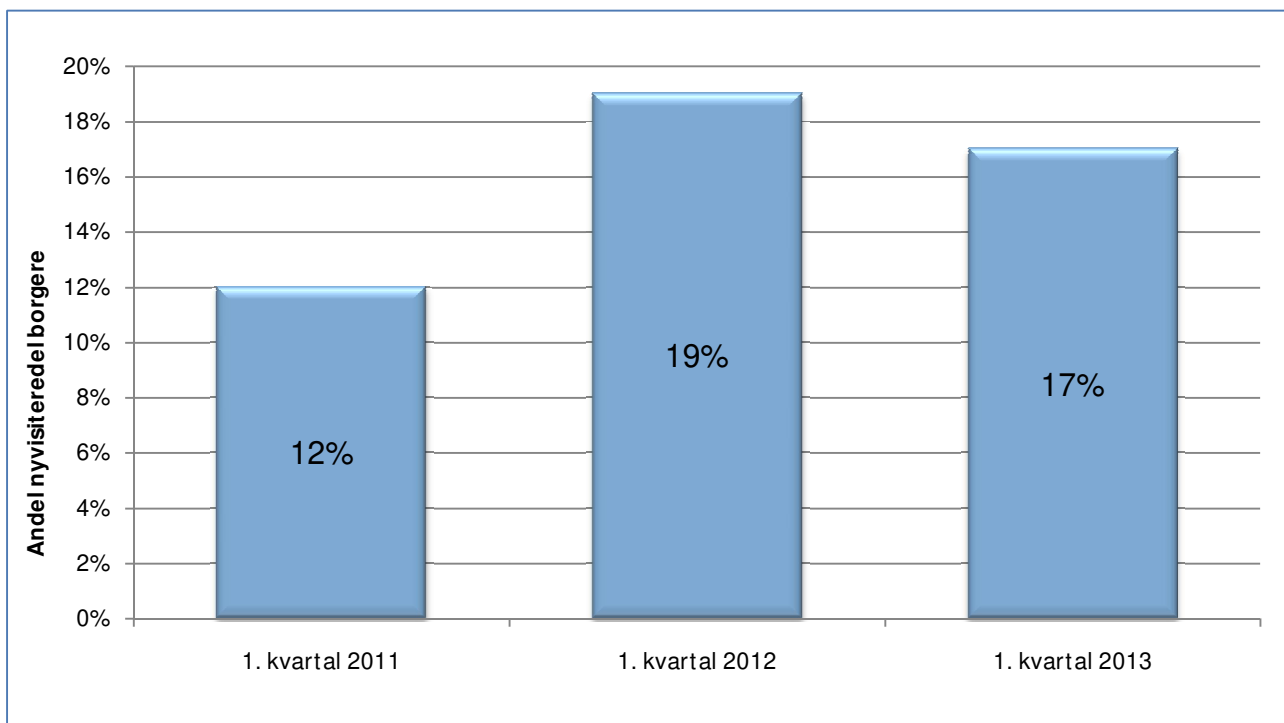
Årsagen til at andelen af visiterede timer til praktisk hjælp, der leveres af private leverandører er faldet siden 2012 skyldes delvis, at den Kommunale hjemmepleje har fået mere fokus på branding og profilering. Dels skyldes det, at en del borger, der er visiteret til hverdagsrehabilitering af praktisk hjælp, i stedet for at indgå i et træningsforløb vælger at købe ydelsen som tilkøbsydelse af den private leverandør.

Figur 4 – Brug af aktiverende ydelser til nyvisiterede borgere

Med Reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* har Sundheds- og Omsorgsudvalget vedtaget en vision om aktiv hjælp frem for passiv hjælp. Det betyder blandt andet, at kommunen vil hjælpe og træne de ældre til at klare dagligdagen selv.

Det er en indikator i Sundhedspolitikken *Længe Leve København*, at andelen af nyvisiterede borgere, der modtager aktiverende ydelser, skal stige fra 7% (ultimo 2010) til 20% i 2014.

I figuren er vist andelen af nyvisiterede borgere, som er visiteret til én eller flere aktiverende ydelser.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Note: Nyvisiterede borgere er borgere, der i mindst 12 måneder ikke har modtaget ydelser inden for personlig pleje, praktisk hjælp eller hverdagsrehabiliterende ydelser.

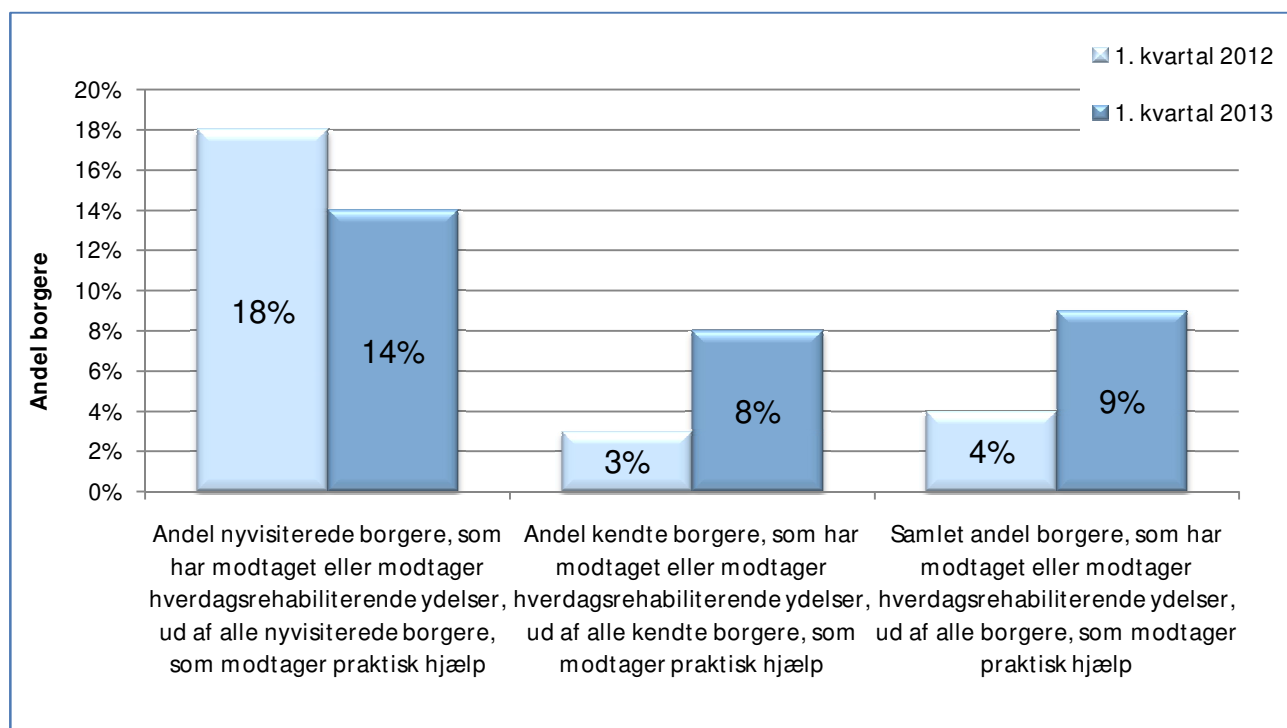
Note: Aktiverende ydelser omfatter spisetilbud, madservice uden udbringning, støtte til et aktivt hverdagsliv, træning ved hjælp, turkøb, hverdagsrehabiliterende projekter og hverdagsrehabilitering.

I 1. kvartal 2013 blev 113 nyvisiterede borgere visiteret til aktiverende ydelser, hvilket svarer til 17% af de nyvisiterede borgere. Andelen af nyvisiterede borgere, der er visiteret til aktiverende ydelser, er steget med 5%-point fra 1. kvartal 2011 til 1. kvartal 2013. Da der er tale om ret få borgere i datagrundlaget, skal ændringerne dog tages med forbehold. Yderligere er paletten af aktiverende ydelser udbygget betydeligt i perioden.

Figur 5 – Brug af hverdagsrehabiliterende ydelser praktiske opgaver

Figuren viser andel nyvisiterede og kendte borgere samt den samlede andel borgere, der har modtaget eller modtager hverdagsrehabiliterende ydelser rettet mod praktiske opgaver, ud af alle borgere, som modtog praktisk hjælp ved udgangen af perioden. Hverdagsrehabiliterende ydelser omfatter vejledning og/eller træning i praktiske opgaver.

Det er et mål i Reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet*, at alle, som modtager praktisk hjælp, bliver trænet til at klare sig selv bedst muligt. Som et led heri blev hverdagsrehabilitering på praktisk hjælp implementeret i kvalitetsstandarderne i 2012.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Note: Borgere, der modtager ydelserne 'pleje af alvorligt syge' og 'Struktur i dagligdagen', eller modtager mere end 12 timer hjemmepleje om ugen, indgår ikke i opgørelsen.

Note: Nyvisiterede borgere (førstegangshenvendere) er borgere, der i mindst 12 måneder ikke har modtaget ydelser inden for personlig pleje, praktisk hjælp eller hverdagsrehabiliterende ydelser.

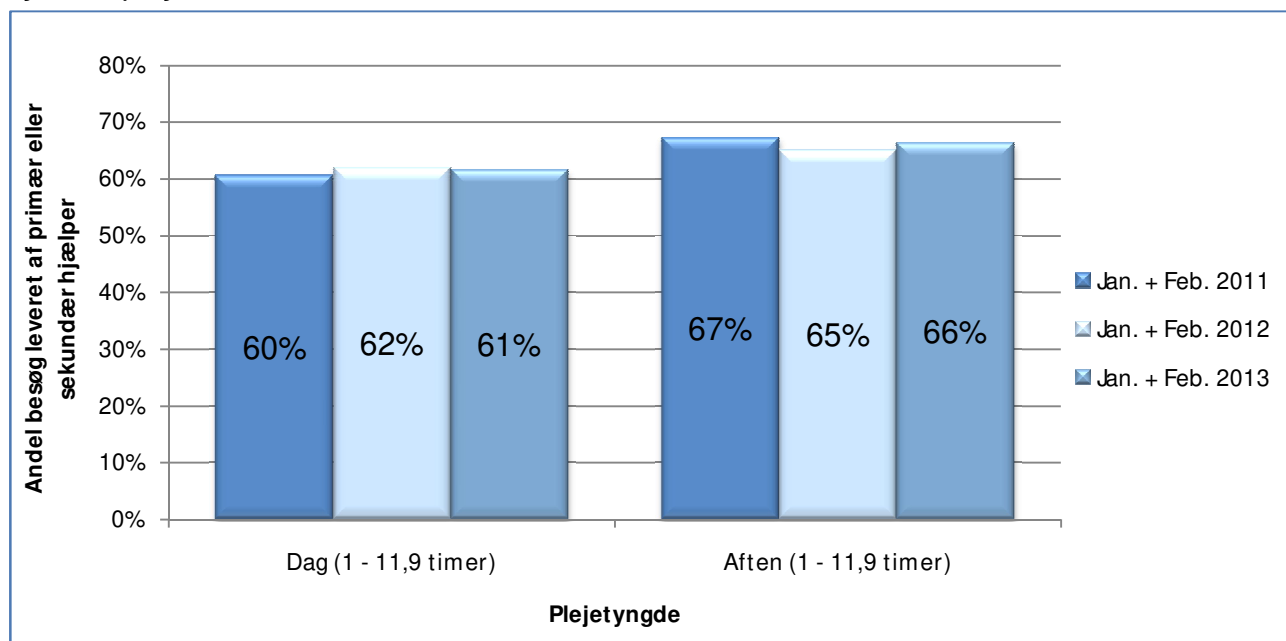
I 1. kvartal 2013 modtog 9% af alle borgere med praktisk hjælp hverdagsrehabiliterende ydelser, hvilket er en stigning på 5%-point siden 1. kvartal 2012. Udviklingen går dermed i den rigtige retning.

3.3: ANTAL FORSKELLIGE HJÆLPERE I BORGERNES HJEM

Sundheds- og Omsorgsudvalget har besluttet at målrette indsatsen for at nedbringe antallet af forskellige hjælpere mod borgere, der modtager hjemmepleje i op til 12 timer om ugen. Det svarer til gruppen af borgere med en plejetyngde på 1-11,9 timer i figuren. Målet er, at 2 ud af 3 besøg (66%) varetages af borgers primær eller sekundær hjælper. Endvidere er der i *Aktiv og Tryk Hele Livet* fastsat et mål om, at alle ældre med behov for hjælp har et fast team af hjælpere.

Figur 6 – Andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper

Figuren viser andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper i den kommunale hjemmepleje.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

Note: Andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper opgøres ved først at opgøre andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper i en 4-ugers-periode per måned. Dernæst udregnes gennemsnittet for de tre 4-ugers-perioder, og dette gennemsnit udgør andelen af besøg leveret af primær eller sekundær hjælper i det pågældende kvartal.

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

Note: Tabellen indeholder kun data for januar og februar, pga. overgangen til KOS2.

I januar og februar 2013 blev 61% af besøgene i daghjemmeplejen og 66% af besøgene i aftenhjemmeplejen leveret af borgers primære eller sekundære hjælpere for borgere med 1-11,9 timers ugentlig hjælp. Antallet af forskellige hjælpere for målgruppen er steget 1%-point for daghjemmeplejen og faldet 1%-point i aftenhjemmeplejen siden 2011.

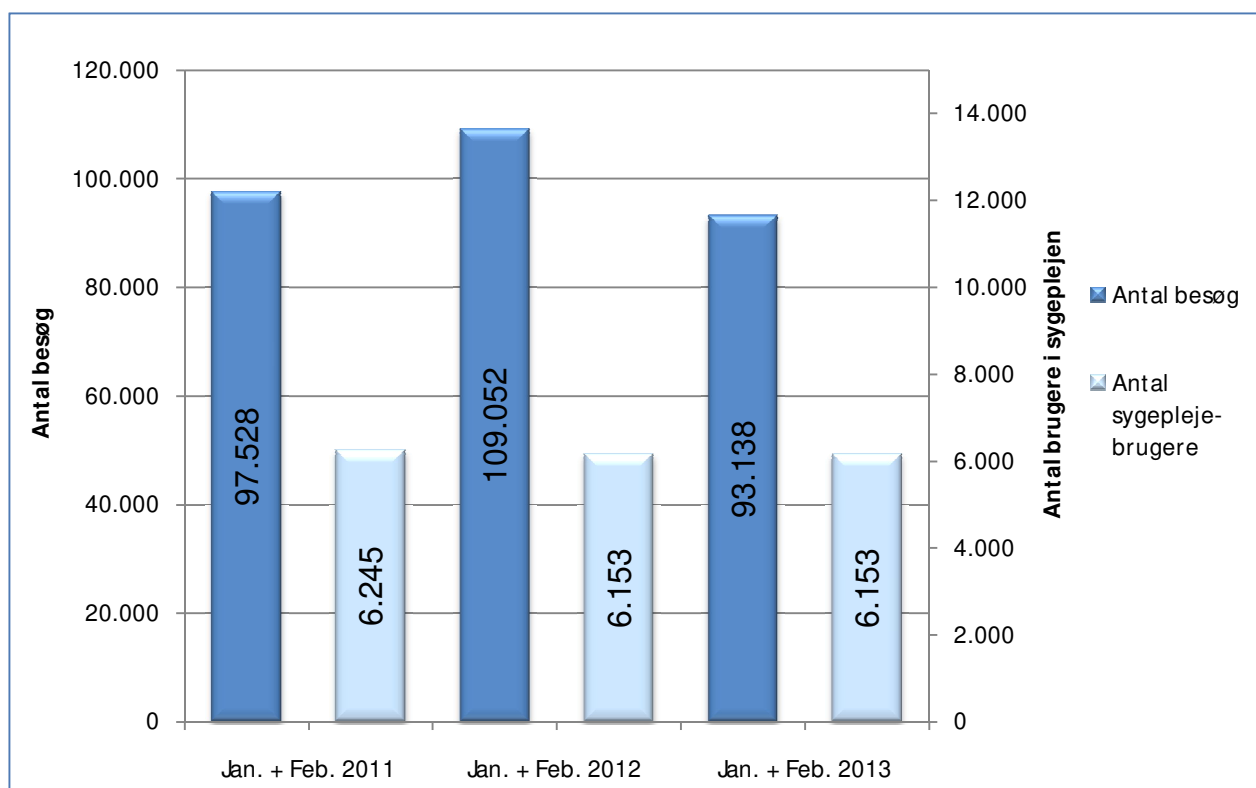
Forvaltningen forventer, at andelen af besøg leveret af primær eller sekundær hjælper vil blive forbedret, når det nye omsorgssystem KOS2 er fuldt implementeret. I 2011 blev det besluttet at anvende team-organisering i hjemmeplejen i samtlige lokalområder. Det nye omsorgssystem KOS2 understøtter i højere grad den tekniske planlægning og formodes derfor at give en højere medarbejderkontinuitet. Forvaltningen vurderer dog ikke, at der vil ske en markant forbedring af måltallet allerede i 2013, da den øgede kursusaktivitet i forbindelse med implementeringen af KOS2 vil gøre det sværere at sikre en høj medarbejderkontinuitet i implementeringsperioden.

KAPITEL 4: SYGEPLEJE

I kapitlet gennemgås sygeplejeområdet. Kapitlet indeholder oplysninger om antallet af borgere, der modtager sygepleje samt antal borgere og besøg i sygeplejeklinikker.

Figur 7 – Sygeplejebesøg og sygeplejeburere

Figuren viser udviklingen i antal leverede besøg i sygeplejen og antal brugere i sygeplejen.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Note: I nogle lokalområder har aftenhjemmeplejen ind til 2012 været organiseret sådan, at hjemmepleje og sygepleje blev leveret af den samme gruppe. Besøg fra disse grupper er ikke inkluderet i opgørelsen, da data ikke kan adskilles i Københavns Omsorgs System (KOS).

Note: Natplejen og Døgnbasen er ikke inkluderet.

Note: Borgere, der er inaktive i hele perioden, indgår ikke i opgørelsen.

Note: Tabellen indeholder kun data for januar og februar, pga. overgangen til KOS2.

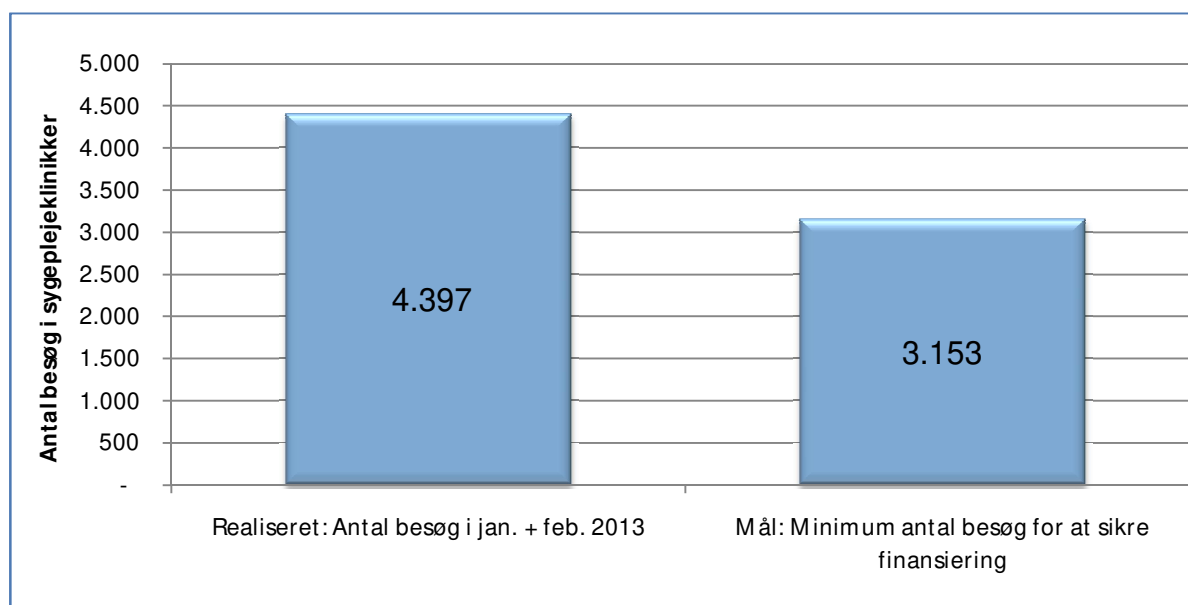
I januar og februar 2013 modtog 6.153 borgere sygepleje. Det er et fald på 1% siden januar og februar 2011. I samme periode er antallet af besøg i sygeplejen faldet med 5%.

Det gennemsnitlige antal besøg per bruger er faldet en lille smule i perioden, fra 16 besøg i januar og februar 2011 til 15 besøg i januar og februar 2013.

Figur 8 – Besøg i sygeplejeklinik

Sundheds- og Omsorgsudvalget har i januar 2013 ændret det politiske mål for sygeplejeklinikker, således at målet nu er, at driften af sygeplejeklinikkerne kan finansieres gennem sparet vejtid på de besøg, der aflægges i klinikkerne

Figuren viser målet, som er det antal besøg, der skal aflægges for at driften af klinikkerne kan finansieres, og hvor mange besøg der faktisk har været i kvartalet.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Note: Driftsudgifter per kliniklokale er 50.000 kr. årligt. Driften finansieres ved 6 minutters sparet vej tid per besøg.

Note: Tabellen indeholder kun data for januar og februar, pga. overgangen til KOS2.

Der er i januar og februar 2013 aflagt 4.397 besøg i sygeplejeklinikkerne, For at klinikkerne kan finansieres gennem sparet vejtid, skulle der minimum aflægges 3.153 besøg i denne periode. Klinikkerne har derved været fuldt finansieret af driften i jan./feb. 2013. Fokus er fortsat at borgere, der evner det, skal modtage ydelser i sygeplejeklink samt at øge antallet af besøg i klinikkerne.

KAPITEL 5: PLEJEBOLIGER

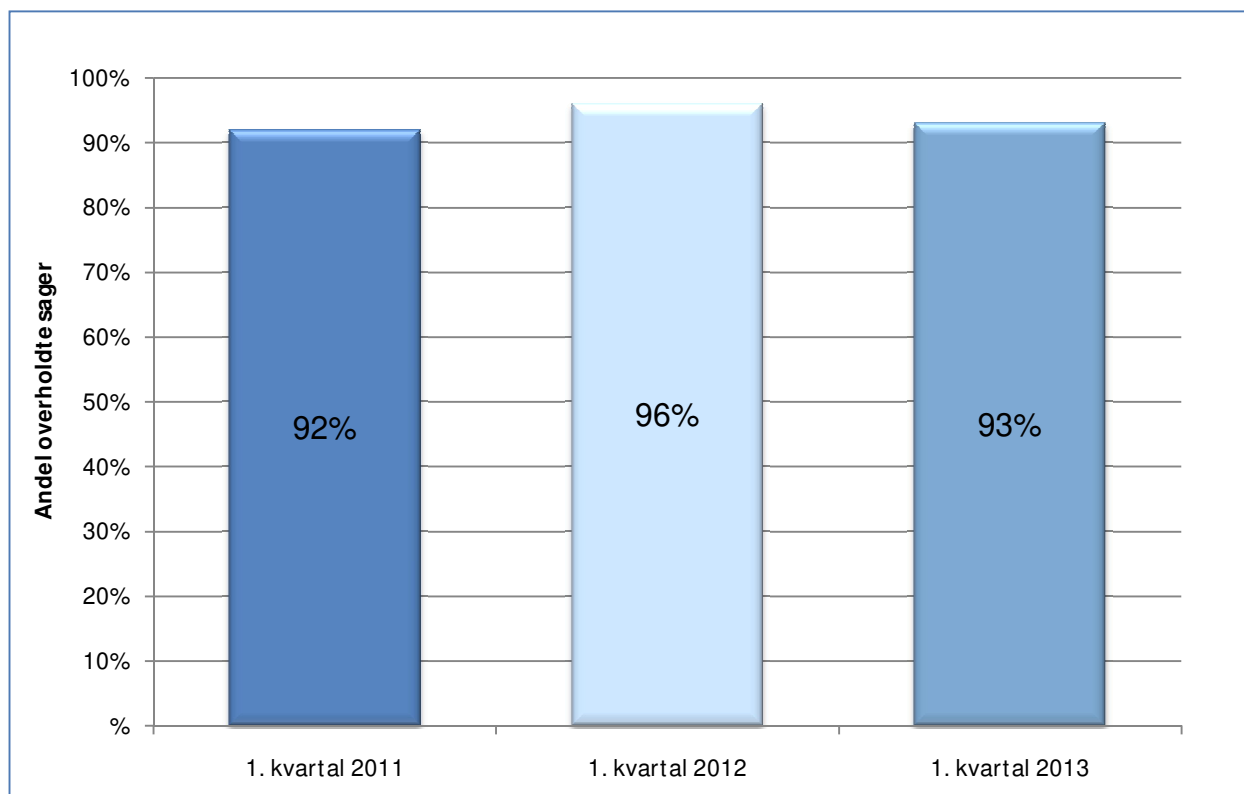
I kapitlet gennemgås plejeboligområdet. Kapitlet indeholder oplysninger om sagsbehandlingstid og hvem der bor i plejebolig.

5.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER

Figur 9 – Sagsbehandlingstider på plejeboligområdet

Figuren viser andelen af sager om ansøgning til plejebolig, der er blevet behandlet inden for sagsbehandlingsfristen på 21 hverdage, som Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har fastlagt et administrativt mål om, at sagsbehandlingstiderne skal overholdes i mindst 80% af sagerne (jf. anbefaling i vejledning til retssikkerhedsloven).



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

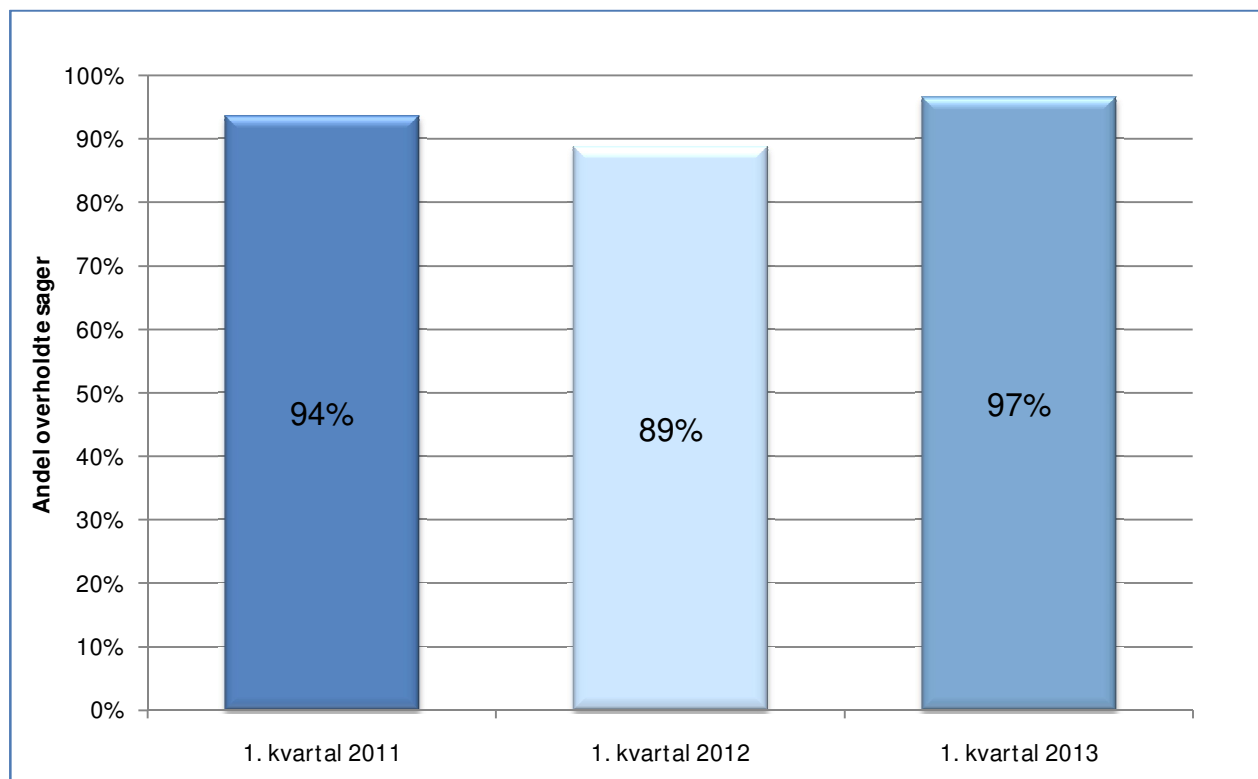
Note: I 2011 var sagsbehandlingsfristen 15 arbejdsdage. Fra 2012 er dette ændret til 21 arbejdsdage.

Der er i 1. kvartal 2013 afsluttet i alt 137 sager. Der er i perioden sket en svag stigning i andelen af sager, hvor behandlingsfristen er overholdt, fra 92% af sagerne i 1. kvartal 2011 til 93% af sagerne i 1. kvartal 2013. Dermed indfries målet for overholdelse af sagsbehandlingstiderne.

Figur 10 – 4-ugersgarantien for plejeboliger

Figuren viser udviklingen i andelen af godkendte ansøgere, der er blevet tildelt en plejebolig inden for fire uger.

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



I 1. kvartal 2013 var 149 ansøgere omfattet af 4-ugersgarantien. Andelen af sager, hvor 4-ugersgarantien er overholdt, var 97%, hvilket er 3%-point højere end i 1. kvartal 2011.

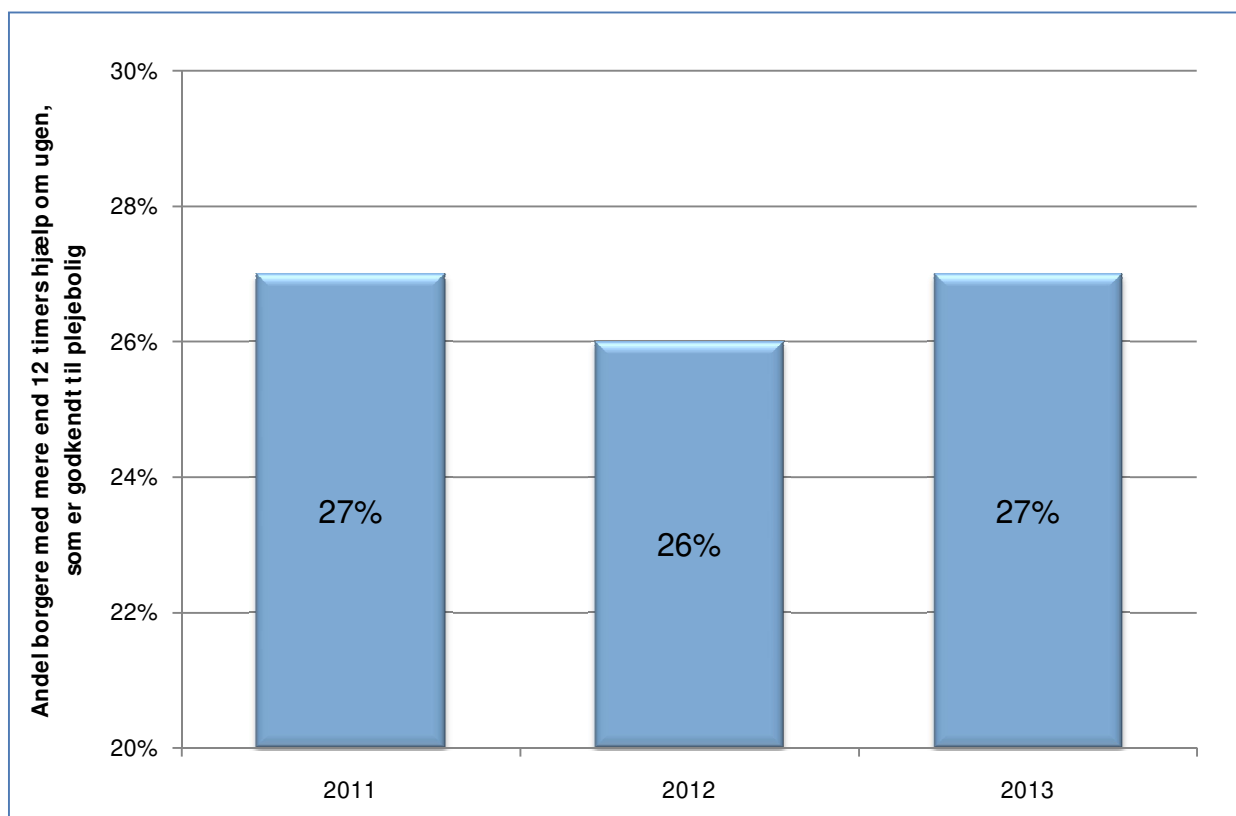
4-ugersgarantien har været under stærkt pres i 2012, fordi en række plejehjem var lukket ned i forbindelse med moderniseringsplanen, men i 2013 er plejehjem igen åbnet og der er ledige pladser. Visitatorerne har fokus på tidligere indflytning i plejebolig.

Figur 11 – Tidligere dialog og flytning til plejebolig

Figuren viser hvor stor andel af hjemmeplejemodtagere med mere end 12 timers hjælp om ugen, der i løbet af de sidste 12 måneder er blevet godkendt til plejebolig.

Det er et mål i Reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* at svage ældre skal flytte tidligere i plejebolig.

I henhold til Reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* vil Københavns Kommune starte dialogen om plejebolig med ældre, der modtager meget pleje, tidligere. Før medio 2011 begyndte dialogen, når en borger fik omkring 20 timers hjælp om ugen. Siden medio 2011 er der arbejdet systematisk med at indlede samtalen, når borgeren får 12-15 timers hjælp om ugen.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og VI-systemet.

Note: Borgere, der modtager ydelsen 'pleje af alvorligt syge', er ikke medtaget i opgørelsen.

Note: Borgernes plejetyngde kan variere i perioden. Alle borgere, der mindst 1 dag i perioden har haft en plejetyngde på 12 timer eller mere, er medtaget i opgørelsen.

Note: De svage ældre er de borgere som forvaltningen har kendskab til.

Indenfor det seneste løbende år havde 1.297 borgere mere end 12 timers hjælp om ugen. Heraf var 27% blevet godkendt til plejebolig. Denne andel har ligget på et nogenlunde stabilt niveau siden 2011 (løbende år).

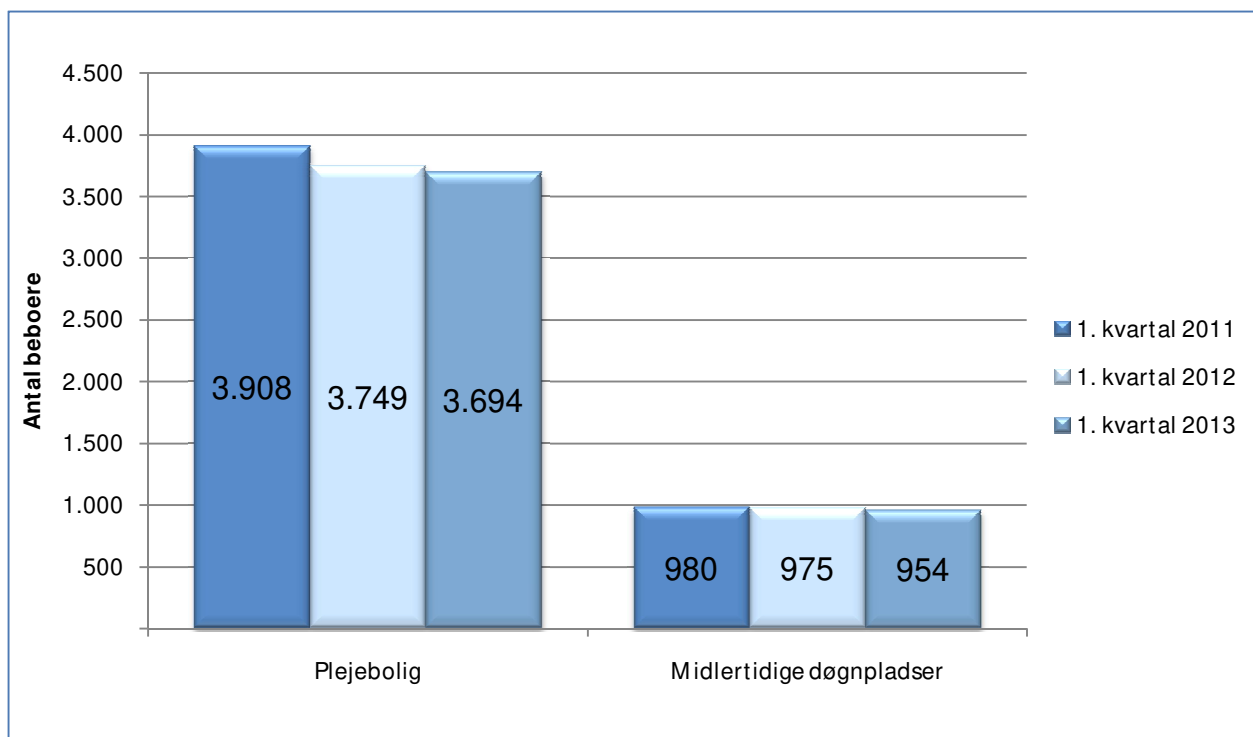
I 2012 har der været pres på plejeboligkapaciteten grundet ombygningen af plejeboliger. I 2012 har det således ikke været muligt systematisk at starte dialogen om plejebolig med borgere, når de modtager over 12 timers hjælp om ugen. Visitationerne har i 1. kvartal 2013 været særligt udfordrede på grund af implementeringen af det nye omsorgssystem

KOS2, og de har derfor endnu ikke kunne sætte særligt fokus på at starte dialogen med borgerne tidligere.

5.2: BEBOERE, DER BOR I PLEJEBOLIG

Figur 12 – Ophold i plejebolig og midlertidige døgnpladser

Figuren viser antal ophold i plejeboliger og på midlertidige døgnpladser.



Kilde: VI-systemet

Note: Opgørelsen omfatter borgere, der har boet i plejebolig eller på midlertidige døgnpladser i løbet af perioden.

Antallet af beboere med ophold i plejebolig er faldet fra 3.908 beboere i 1. kvartal 2011 til 3.694 beboere i 1. kvartal 2013, hvilket svarer til et fald på 5%. Faldet i antal beboere med ophold i plejebolig skal ses i sammenhæng med, at antallet af plejeboliger er reduceret i takt med den demografiske udvikling, hvor der bliver færre 80+ årige.

Antallet af beboere med ophold på midlertidige døgnpladser, (akutplejepladser, rehabiliteringspladser samt øvrige tidsbegrænsede aflastningspladser) er i samme periode faldet 3% fra 980 beboere til 954 beboere.

KAPITEL 6: HJEMTAGNING, GENOPTRÆNING OG FOREBYGGELSE

Kapitlet indeholder oplysninger om hjemtagning af borgere efter hospitalsindlæggelse, samt om udviklingen på genoptræningsområdet. Derudover indeholder kapitlet opgørelser af antal patientrettede og borgerrettede forebyggelsesforløb samt forebyggende hjemmebesøg.

6.1: HJEMTAGNING

Tablet 1 – Ventedage efter færdigbehandling

Tabellen viser antallet af borgere over 65 år, der er blevet udskrevet fra et hospital fordelt på, hvor mange dage, borgerne ventede på at blive hjemtaget efter endt behandling.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har finansieringsforpligtelsen for færdigbehandlede patienters ventedage på hospitalerne. Ifølge Sundhedsaftale 2011-2014 for Region Hovedstaden skal Københavns Kommune hjemtage borgerne hurtigst muligt og senest 14 dage efter, at kommunen har modtaget skriftlig information om, at patienten er færdigbehandlet. Forvaltningen har desuden fokus på at nedbringe det samlede antal ventedage mest muligt.

	1. kvartal 2011	1. kvartal 2012	1. kvartal 2013	Udvikling ifht. 1. kvartal 2011 (%)
Antal udskrivninger	8.103	8.726	8.439	4%
Udskrivninger uden ventedage	7.716	8.359	8.053	4%
Udskrivninger med ventedage:				
1-5 dage	171	115	185	8%
6-14 dage	207	227	170	-18%
15+ dage	9	25	31	244%
I alt udskrivninger med ventedage	387	367	386	0%
Antal ventedage i alt	2.835	3.977	3.603	27%

Kilde: e-Sundhed

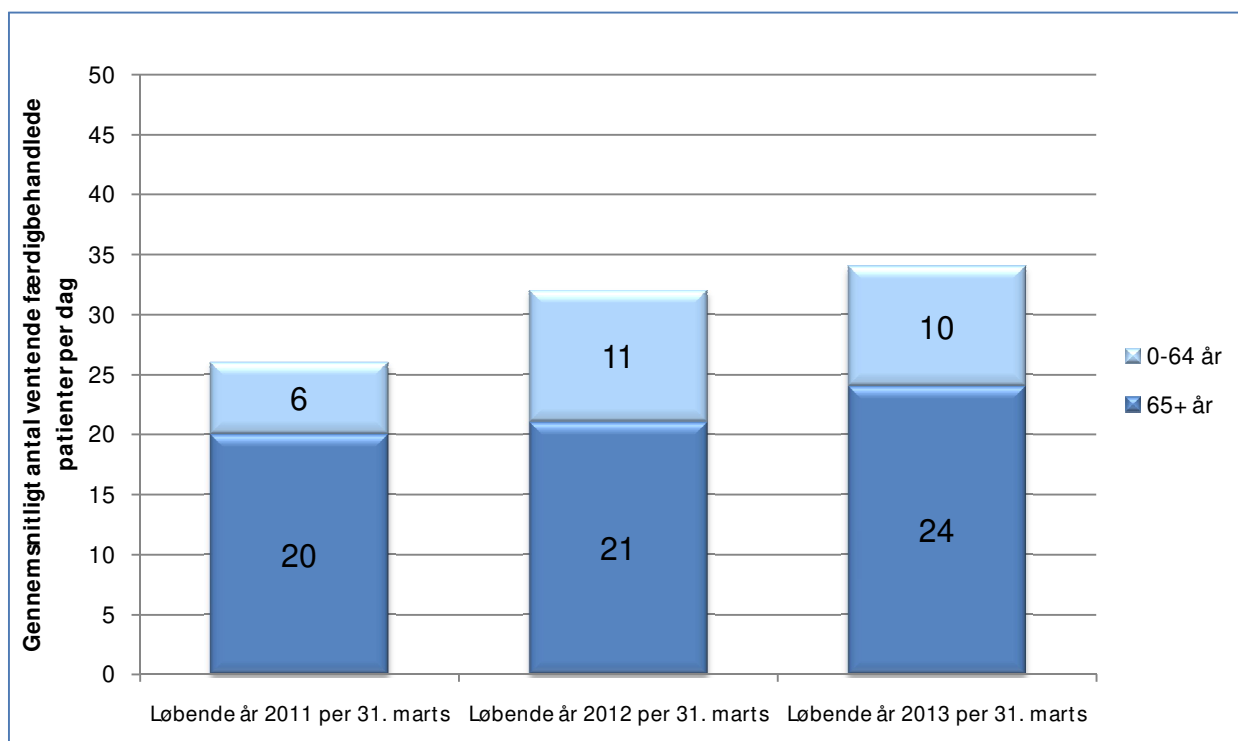
Note: Der kan ske efterregistreringer af aktiviteten i 2013 helt frem til marts 2014.

I 1. kvartal 2013 ventede 386 borgere på hjemtagning efter færdigbehandling på hospital. 185 af disse borgere ventede 1-5 dage, typisk på overflytning til en midlertidig plads. 31 borgere – svarende til 8% af alle ventende borgere – ventede mere end 14 dage. Til sammenligning var der 9 borgere, svarende til 2%, som ventede mere end 14 dage i 1. kvartal 2011. Det samlede antal ventedage er steget med 27% fra 1. kvartal 2011 til 1. kvartal 2013. Der er således udfordringer med at nå sundhedsaftalens mål.

Figur 13 – Antal ventende færdigbehandlede patienter per dag

Figuren viser det gennemsnitlige antal færdigbehandlede patienter per dag, der venter på hjemtagning efter færdigbehandling, fordelt på borgere under og over 65 år.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt et mål om, at der i gennemsnit maksimalt må være 11 færdigbehandlede patienter per dag, der venter på hjemtagning.



Kilde: e-Sundhed.

Note: Da antallet af ventende borgere per dag først kan opgøres, når borgerne er udskrevet fra hospitalet, kan antallet af ventedage per ventende borger ændres i takt med, at flere borgere udskrives.

I 2013 (løbende år) var der i gennemsnit 34 færdigbehandlede patienter per dag, der ventede på hjemtagning. Heraf var der 24 65+-årige patienter, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ansvaret for at hjemtage. Antallet af 65+-årige færdigbehandlede patienter er steget fra 20 patienter per dag siden 2011 (løbende år) til 24 patienter per dag i 2013 (løbende år). Kommunen lever derved ikke op til målsætningen om maksimalt 11 ventende patienter per dag.

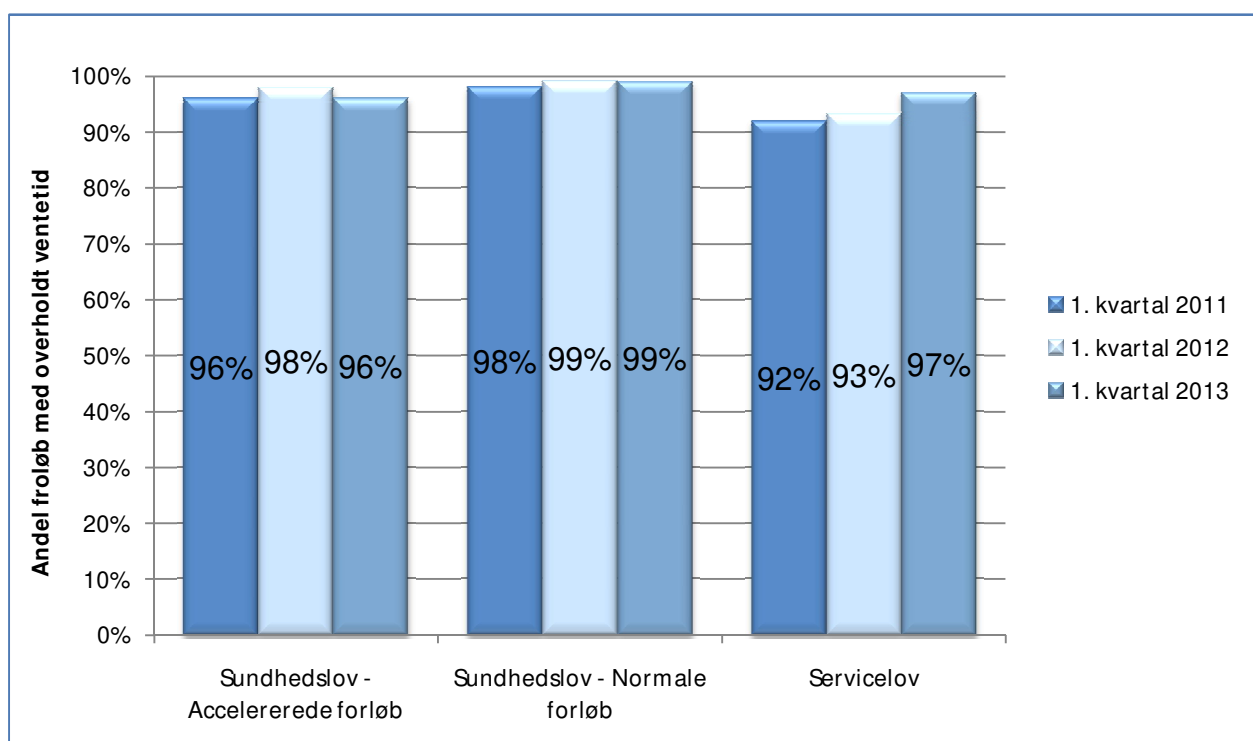
Forklaringen på det stigende antal ventedage er dels, at der i 2012 som led i moderniseringsplanen var lukket for indtag på nogle plejehjem, uden at de nye plejehjem endnu var åbnet. Dette gav pres på plejeboligpladserne og dermed også på de midlertidige døgnpladser. Der var endvidere i januar måned stor overbelægning på hospitalerne, der havde flere indlæggelser end sædvanligt. Der var dermed flere færdigbehandlede end sædvanligt, der skulle hjemtages.

6.2: GENOPTRÆNING

Figur 14 – Ventetider på genoptræning

Tabellen viser andel træningsforløb, hvor ventetiderne er overholdt.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt et mål om, at borgere maksimalt må vente 15 hverdage på genoptræning efter Sundhedsloven, efter at forvaltningen har modtaget genoptræningsplanen. Hvis borgere grundet sundhedsfaglige forhold har behov for en kortere ventetid, er ventetiden fastsat til maksimalt 7 hverdage (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 første aftale med et træningscenter.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og Sundhedsportalen

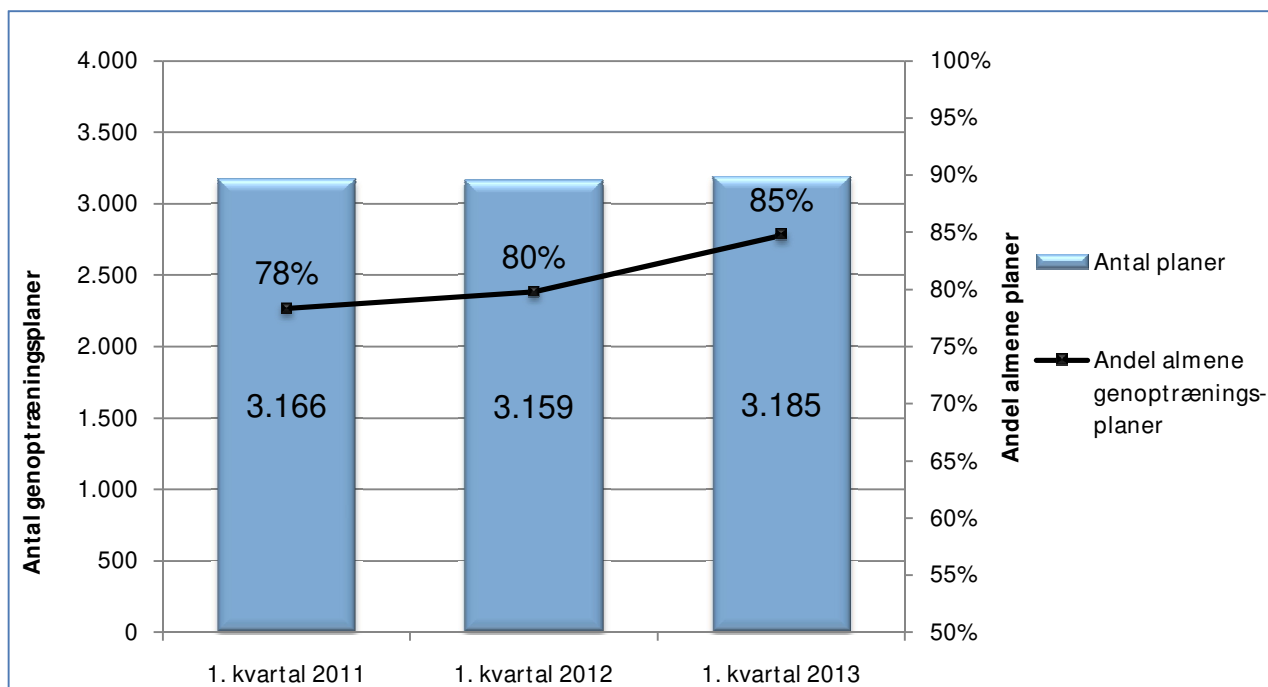
Samlet set overholdt forvaltningen stort set målene om ventetider på genoptræning i 1. kvartal 2013. Ventetiden på accelererede genoptræningsforløb efter Sundhedsloven blev overholdt i 96% af tilfældene og ventetiden på normale genoptræningsforløb efter Sundhedsloven blev overholdt i 99% af tilfældene. Ventetiden på genoptræningsforløb efter Serviceloven blev overholdt i 97% af tilfældene.

Fra 1. kvartal 2011 til 1. kvartal 2013 er der sket en stigning i andelen af genoptræningsforløb, hvor ventetiderne er overholdt for de normale genoptræningsforløb efter Sundhedsloven og efter Serviceloven, mens de accelererede genoptræningsforløb efter Sundhedsloven er på samme niveau.

Figur 15 – Genoptræningsplaner

Figuren viser udviklingen i antal genoptræningsplaner og andel almene træningsforløb.

Der udarbejdes genoptræningsplaner, såfremt borgeren ved udskrivning fra hospitalet, ud fra en lægelig vurdering, har brug for genoptræning, og det vurderes, at genoptræning vil forbedre borgerens funktionsniveau. *Specialiserede* genoptræningsforløb finder sted ambulantly på hospitalet, mens *almene* genoptræningsforløb finder sted på de kommunale træningscentre, forebyggelsescentre eller hos en privat leverandør. Kommunen har finansieringsforpligtelsen på begge typer af træningsforløb.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Det samlede antal genoptræningsplaner er steget svagt med 1% fra 3.166 planer i 1. kvartal 2011 til 3.185 planer i 1. kvartal 2013.

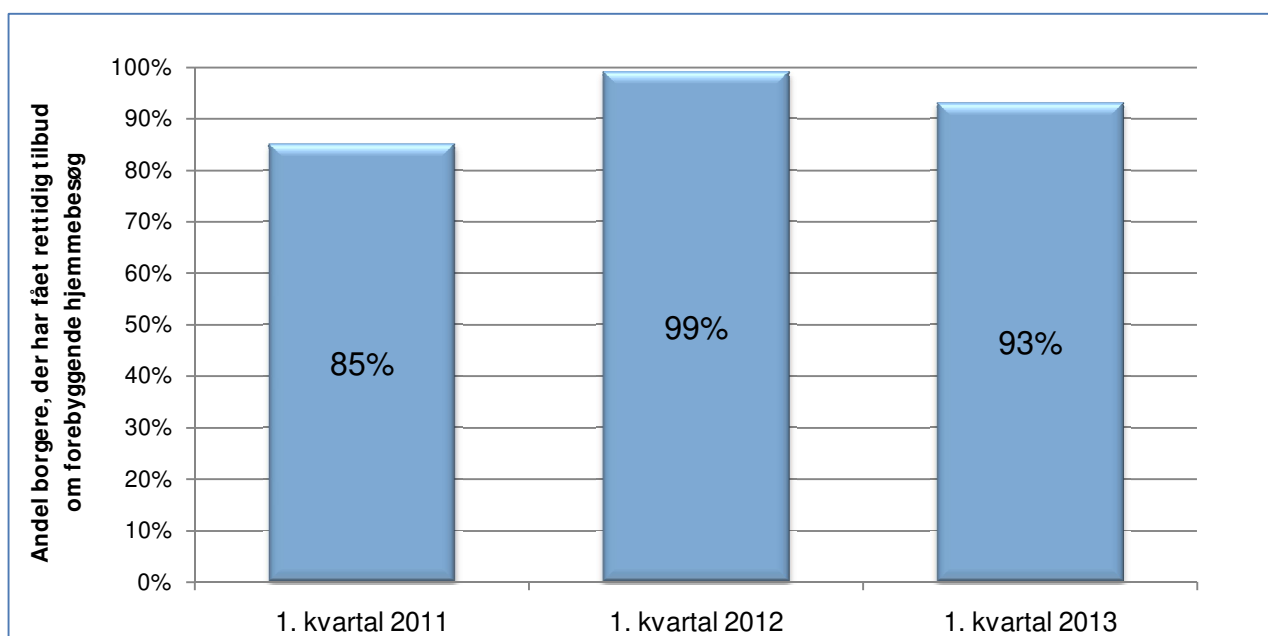
Samtidig er andelen af almene genoptræningsforløb, der varetages af kommunen, steget fra 78% i 1. kvartal 2011 til 85% i 1. kvartal 2013, hvilket er en stigning på 7%-point.

6.3: FOREBYGGELSE

Figur 16 – Forebyggende hjemmebesøg

Figuren viser andel borgerne som har modtaget et rettidigt tilbud om forebyggende hjemmebesøg.

Ifølge serviceloven skal alle borgere, der er fyldt 75 år, tilbydes mindst ét årligt forebyggende hjemmebesøg. Formålet med de forebyggende hjemmebesøg er at tilbyde en samtale, der sætter fokus på at styrke borgernes trivsel, tryghed og sundhed. Borgere, der allerede modtager både varig personlig pleje og praktisk hjælp, tilbydes ikke forebyggende hjemmebesøg, jævnfør Servicelovens § 79a stk. 3.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og VI-systemet

Note: Forvaltningen har i efteråret 2011 indskærpet registreringspraksis for forebyggende hjemmebesøg. Indtil da blev tilbuddet nogle gange først registreret når borger besvarede henvendelsen, hvilket tidsmæssig kunne ligge længe efter at tilbuddet reelt var givet til borger, hvorved væsentlig flere borgere, end figuren viser, kan have modtaget et tilbud rettidigt i 1. kvartal 2011.

I 1. kvartal 2013 modtog 93% af hjemmeboende borgere over 75 år, der ikke samtidig modtog varig personlig pleje og/eller praktisk hjælp, et rettidigt tilbud om forebyggende hjemmebesøg. Andelen af borgere, som rettidigt modtager et tilbud for forebyggende hjemmebesøg, er steget fra 85% i 1. kvartal 2011.

Forklaringen på faldet fra 2012 til 2013 skyldes, at et par enkelte lokalområder har haft nedsat kapacitet pga. sygdom og har haft en pukkel på grund af sen gennemførelse af temadage, men der sket ændringer i planlægningen for at indhente efterslæbet.

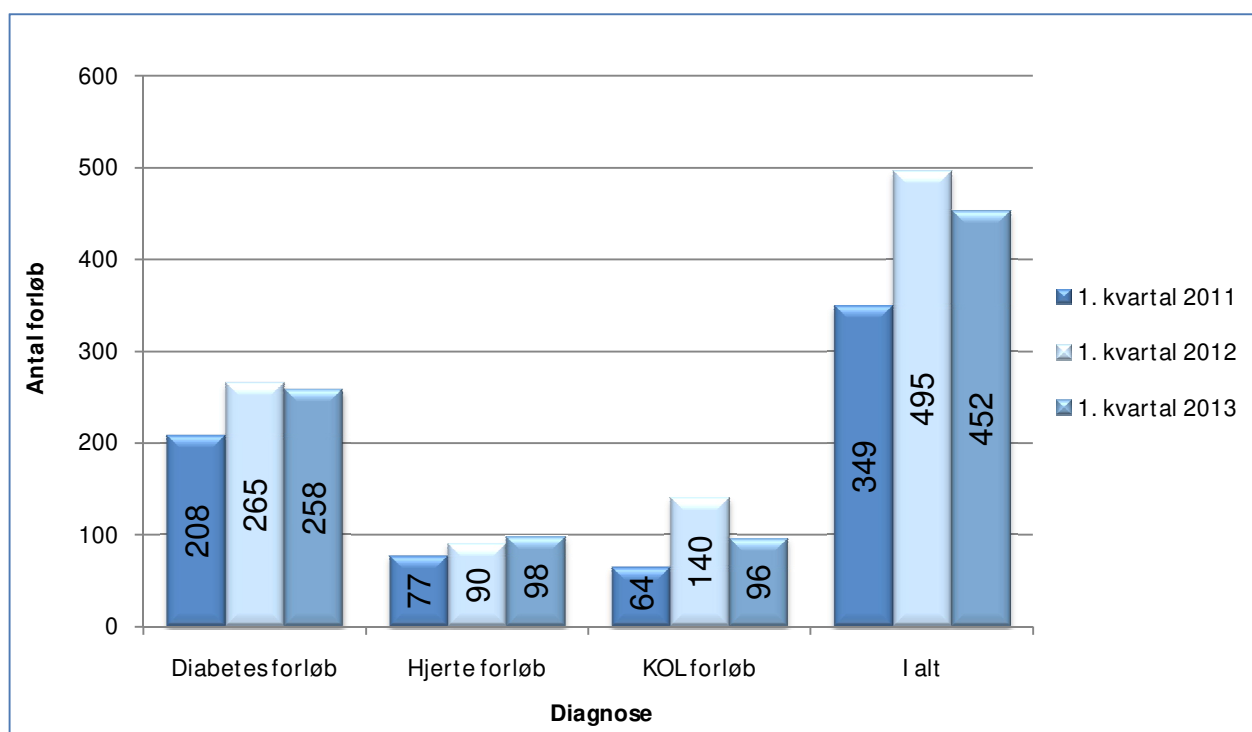
Figur 17 – Patientrettede forebyggelsesforløb

Figuren viser antal påbegyndte patientrettede forebyggelsesforløb fordelt på diagnoser.

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.

Det er en indikator i *Længe Leve København*, at antallet af påbegyndte forebyggelsesforløb skal stige til 2.000 årlige forløb i 2014.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og Sundhedsportalen

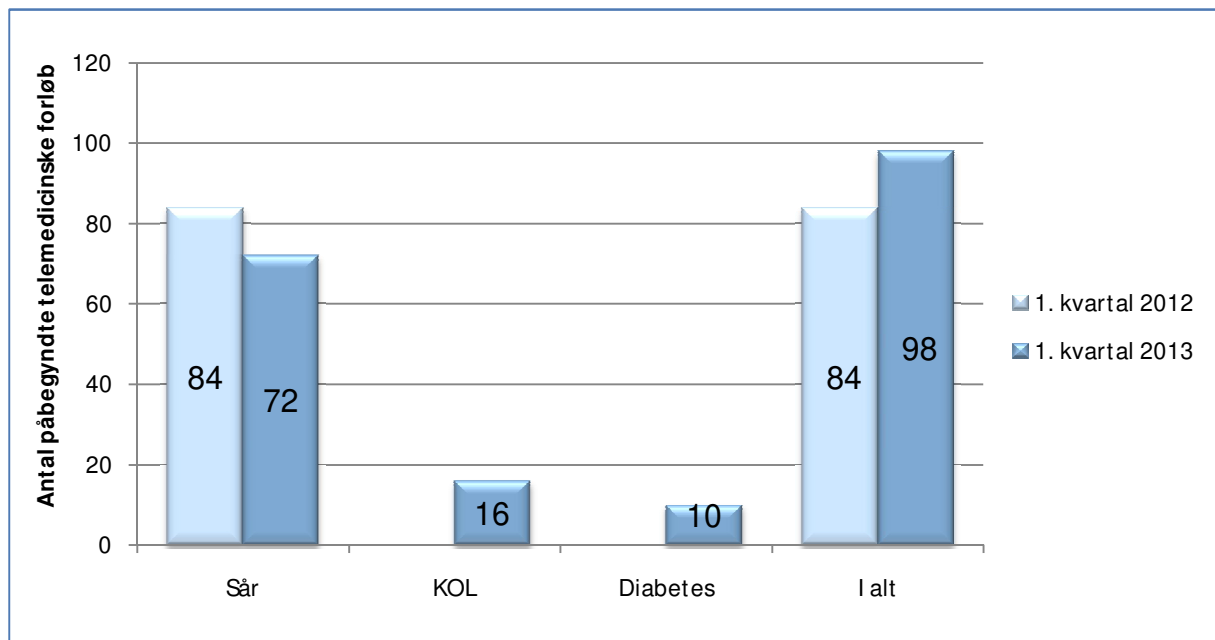
I 1. kvartal 2013 var der 258 diabetesforløb, 98 hjerte forløb og 96 KOL forløb, hvilket er en stigning på henholdsvis 24%, 27% og 50% siden 1. kvartal 2011. Stigningerne skyldes bl.a. at der er åbnet et nyt forebyggelsescenter i Vanløse i 2011. Samtidig arbejder forvaltningen løbende på at bedre kommunikation mellem forebyggelsescentrene og de henvissende instanser.

Samlet set modtog 452 kronisk syge borgere i 1. kvartal 2013 et forløb. Hvis udviklingen fastholdes vil forvaltningen i 2013 være tæt på at nå målet for 2014.

Figur 18 – Telemedicin

Figuren viser antal påbegyndte forløb med understøttelse af telemedicinsk behandling af sår og KOL.

Det er en indikator i *Længe Leve København*, at antallet af forløb med sår og KOL, som understøttes af telemedicin, skal stige til 800 forløb i 2014.



Kilde: DanskTelemedicin A/S

Note: Telemedicinske forløb med KOL og type 2 diabetes startede op henholdsvis i april og juli 2012.

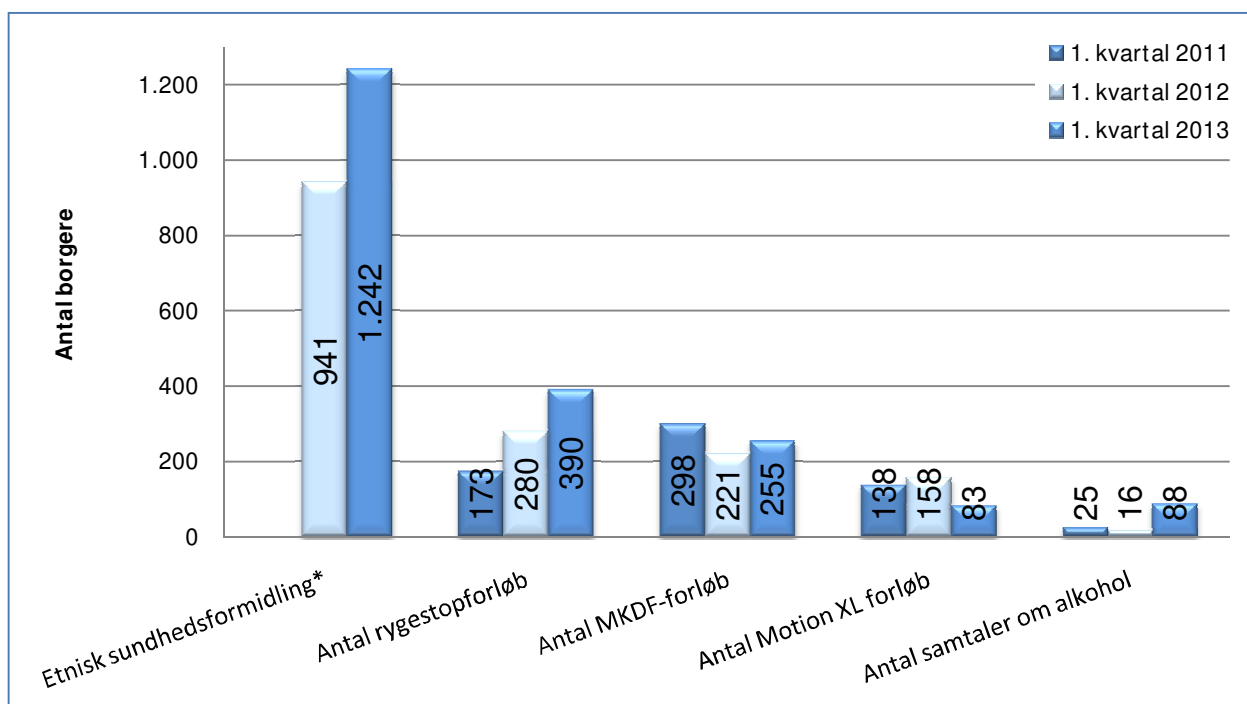
I 1. kvartal 2013 var der påbegyndt 72 sårforløb, 16 KOLforløb og 10 type 2 diabetesforløb.

Telemedicinsk behandling startede op i 2012 og har været i en opstartsperiode, men forvaltningen vurderer, at antallet af forløb vil stige markant i 2013 og 2014, således at målet om 800 forløb i 2014 kan nås.

Figur 19 – Borgerrettede forebyggelsesforløb

Figuren viser antal borgerrettede forebyggelsesforløb i 2011, 2012 og 2013, fordelt på typen af forløb.

Det er en indikator i *Længe Leve København*, at 8.000 borgere i 2014 skal modtage forebyggelsestilbud vedrørende kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet.



Kilde: Indrapporteringer fra Forebyggelsescentrene

Note: Grundet forskellig opgørelsesmetode er det ikke muligt at sammenligne antal personer med etnisk baggrund, der har deltaget i et dialogmøde i 2011 med 2012 og 2013.

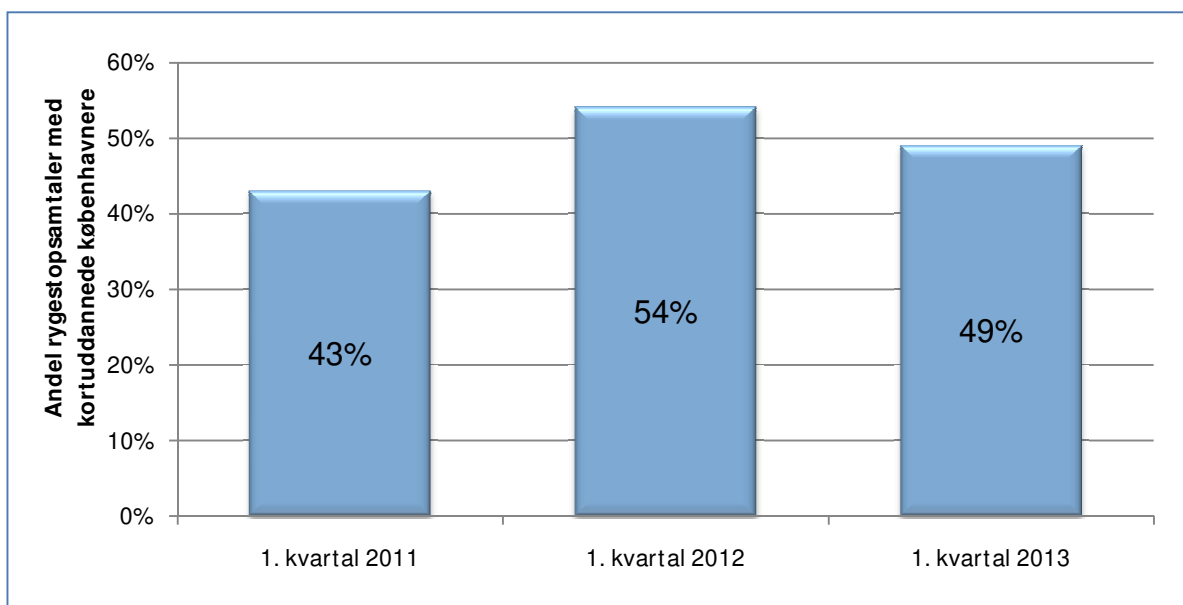
*Etnisk sundhedsformidling svarer til antal personer, med etnisk minoritetsbaggrund, der har deltaget i et dialogmøde.

For indsatserne etnisk sundhedsformidling og MKDF registreres antallet af borgere, der har været igennem disse forløb, mens det for de tre øvrige indsatser er antallet af forløb, der registreres. For at kunne vurdere målopfyldelsen har forvaltningen omregnet antal forløb til antal borgere, der har gennemført et eller flere forløb. I 1. kvartal 2013 var der således i alt ca. 1.830 borgere, som modtog et forebyggelsestilbud vedrørende kost, fysisk aktivitet, rygning og alkohol. Hvis niveauet fastholdes i resten af 2013, vil forvaltningen således formodentlig kunne nå målet på 8.000 borgere i 2014.

Figur 20 – Rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere

Figuren viser andelen af rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere sat i forhold til alle rygestopsamtaler med 30+ årige københavnere.

Det er en indikator i *Længe Leve København*, at andelen af rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere via STOPLINIEN skal stige fra 33% i 2010 til 40% i 2014.



Kilde: STOPLINIEN

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

I 1. kvartal 2013 var der 158 kortuddannede københavnere, der deltog i en rygestopsamtale fra STOPLINIEN, svarende til 49% af alle rygestopsamtaler med københavnere i STOPLINIEN. Dette er en stigning i forhold til 1. kvartal 2011, hvor 43%, af dem der deltog i en rygestopsamtale var kortuddannede københavnere. Målet for 2014 er således opfyldt i 1. kvartal 2013.

I januar 2012 blev den landsdækkende kampagne "Hver eneste cigaret skader dig" gennemført. En kampagne, der de to gange hvor den har været gennemført, har fået mange kortuddannede til at kontakte STOPLINIEN. I januar 2013 blev den københavnske kampagne "Kære cigaret – jeg slår op" gennemført, hvilket har øget antallet af samtaler med københavnere.

KAPITEL 7: TILSYN OG KLAGER

Kapitlet indeholder oplysninger om kommunale tilsyn, embedslæge tilsyn og klagesager. I 1. kvartal 2013 er der ikke afrapporteret kommunale tilsyn samt embedslægetilsyn, derfor indgår der ikke tilsynsresultater i dette kapitel.

Tabel 2 – Klager

Tabellen viser antallet af færdigbehandlede klagesager i 1. kvartal 2013 fordelt på udfald, samt udfald af de enkelte klagetemaer i klagesagerne.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen behandler alle klager over forvaltningen, der ikke hører under en særskilt klagemyndighed, herunder også mundtlige klager. Klagerne kan inddeles i 4 kategorier:

- Klage over en afgørelse: Det vil sige en beslutning truffet af en forvaltningsmyndighed i en konkret sag om en konkret borger – typisk et afslag på en ansøgning. Herunder falder også klager over sagsbehandlingen og sagsbehandlingstider i forbindelse med afgørelsen.
- Klage over den praktiske udførelse: Det vil sige den faktiske udførelse af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver efter den sociale lovgivning, heriblandt at den modtagne hjælp afviger fra den tildelte, at hjælpen ikke svarer til kvalitetsstandarderne, og/eller at hjælpen ydes på en måde, som borger ikke bryder sig om.
- Klage over personalets opførsel og adfærd: Det vil sige en optræden personalet har udvist, og som borger ikke bryder sig om.
- Andet: Herunder falder klager, som ikke kan rubriceres i de øvrige kategorier.

Når en borger indgiver en klage, kan henvendelsen indeholde flere emner - eksempelvis både den praktiske udførelse og en afgørelse. Én klage kan altså indeholde flere klagetemaer. Hvert af disse klagetemaer bliver behandlet separat og kan have forskelligt udfald.

	Ikke medhold	Medhold	Andet	I alt	1. kvartal 2011
Antal færdigbehandlede klagesager fordelt på samlet udfald af klagesagen	26	17	2	45	61
Klagetemaer					
Afgørelse	84%	16%	0%	100%	n/a
Praktisk udførelse	44%	39%	17%	100%	n/a
Personalets adfærd	0%	100%	0%	100%	n/a
Andet	50%	50%	0%	100%	n/a
I alt	58%	38%	4%	100%	n/a
Antal færdigbehandlede klagesager per 1.000 brugere i forvaltningen	1,1	0,7	0,1	1,9	2,4

Kilde: Juridisk afdeling, Københavns Omsorgs System (KOS), VI-systemet, omsorgstandplejen og lokalområdekontorerne.

Note: En klagesag registreres i det kvartal, hvor klagen er indkommet, men den indgår først i opgørelsen, når sagen er færdigbehandlet. Derfor kan der ske efterregistreringer af antal klager i takt med, at sagerne færdigbehandles.

Note: I tabellen betyder 'Ikke medhold', at borger ikke får medhold i alle klagetemaer. 'Medhold' betyder, at borger får fuldt eller delvist medhold i mindst ét klagetema. 'Andet' dækker eksempelvis over, at klagen er frafaldet, eller borger er afgået ved døden.

I 1. kvartal 2013 har forvaltningen færdigbehandlet 45 klagesager, hvilket svarer til 1,9 klagesager per 1.000 brugere i forvaltningen. Antallet af klagesager er faldet i forhold til 1. kvartal 2011, hvor der var 2,4 klagesag per 1.000 modtagere. I 38% af alle klager blev der givet medhold i mindst ét af klagetemaerne. Den største andel af medhold ses inden for klagetemaet 'Personalets adfærd' (100%), mens den laveste andel ses for 'Afgørelse' (16%).

KAPITEL 8: MEDARBEJDERE

I dette kapitel præsenteres opgørelser over antallet fuldtidsstillinger og andel mænd i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Herefter beskrives omfanget af sygefravær.

8.1: MEDARBEJDERE

Tabel 3 – Antal medarbejdere med direkte og indirekte brugertid

Tabellen viser antal ansatte og fuldtidsstillinger i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fordelt på stillingstyper ultimo 1. kvartal 2013.

	Antal Ansatte	Antal Fuldtids- stillinger	Procent- fordeling fuldtids- stillinger	Udvikling i fuldtidsstillinger ifht. 1. kvartal 2011
Medarbejdere med direkte brugertid	4.799	4.175	51%	-2%
Sygeplejersker	696	627	8%	21%
Social- og sundhedsassistenter	1.122	974	12%	10%
Social- og sundhedshjælpere	2.400	2.057	25%	-10%
Social- og sundhedspersonale uddannet	136	100	1%	-56%
Ergo-/Fysioterapeuter	445	417	5%	13%
Medarbejdere med indirekte brugertid	1.831	1.715	21%	-3%
Chefer/Ledere	501	489	6%	-6%
Akademiske medarbejdere	286	266	3%	6%
Teknisk-/Kontor personale	884	809	10%	-4%
Økonomaer/Ernæring	160	150	2%	0%
Medarbejdere uden for opdeling	1.853	1.716	21%	17%
Elever og studerende	1.736	1.638	20%	17%
Øvrigt personale	117	77	1%	21%
I alt fastansatte	8.483	7.606	92%	1%
Timelønnede	4.064	647	8%	0%
I alt fastansatte og timelønnede	12.547	8.253	100%	1%

Kilde: Rubin + Opus Overblik

I 1. kvartal 2013 havde forvaltningen 8.483 fastansatte medarbejdere, hvilket svarer til 7.606 fuldtidsstillinger samt 4.064 timelønnede ansatte, hvilket svarer til 647 fuldtidsstillinger.

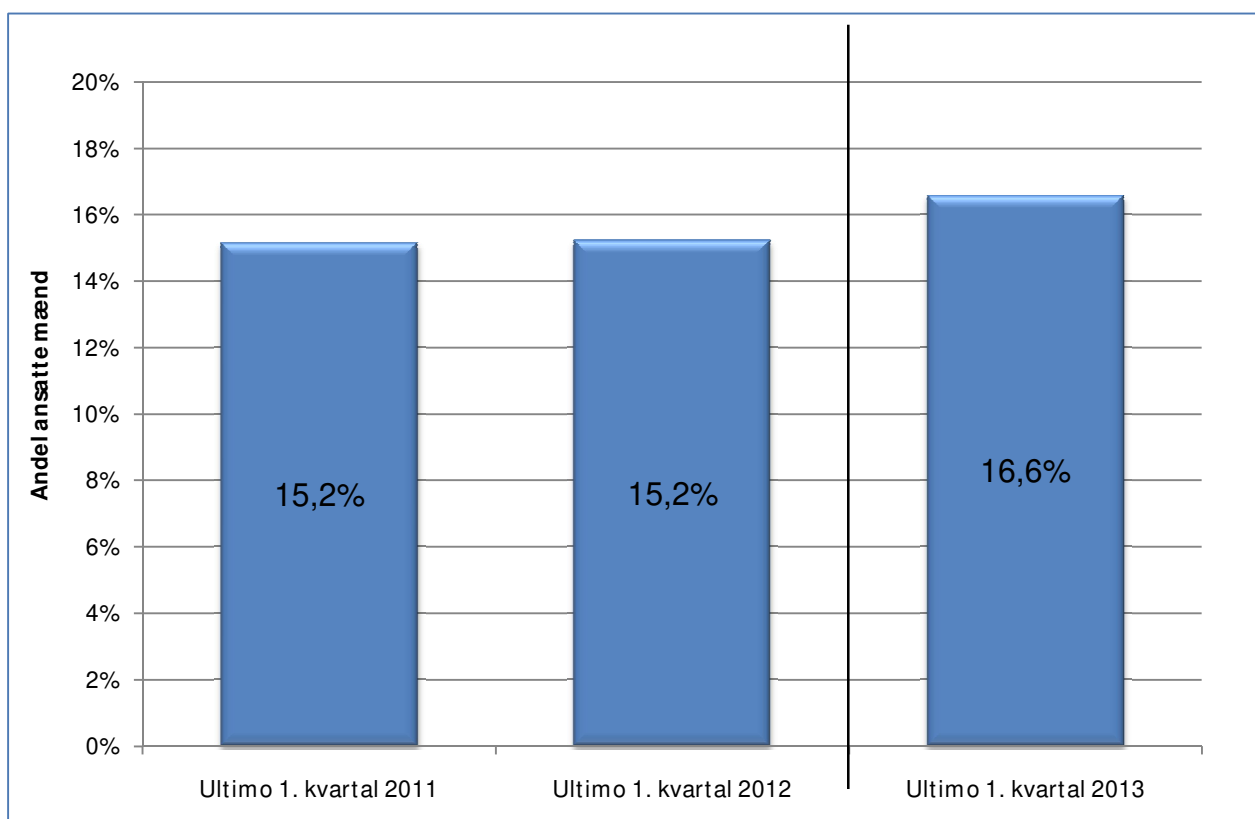
I forhold til 1. kvartal 2011 er antallet af fuldtidsstillinger opgjort for fastansatte steget 1%, og fuldtidsstillinger opgjort for timelønnede ansatte er på samme niveau. Antal fuldtidsstillinger for medarbejdere med direkte brugertid er faldet med 2% mens antal fuldtidsstillinger for medarbejdere med indirekte brugertid er faldet med 3%.

Antallet af sygeplejersker (i fuldtidsstillinger) er steget med 21%, mens antallet af social- og sundhedsassistenter (fuldtidsstillinger) er steget med 10%. Samtidig er antallet af social- og sundhedshjælpere og uuddannet social- og sundhedspersonale faldet med henholdsvis 10% og 56%. Uddannelsesniveaulet er således steget for social- og sundhedspersonalet. I Reformprogrammet 'Aktiv og Tryk Hele Livet' bliver der lagt vægt på øget faglighed blandt medarbejderne i SUF. Dermed hænger nedgangen i uuddannet personale godt sammen med forvaltningens øgede fokus på faglighed.

Figur 21 – Andel fastansatte mænd

Figuren viser andel fastansatte mænd i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Som led i Reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* har Sundheds- og Omsorgsudvalget fastlagt et mål om, at 20% af de fastansatte skal være mænd i 2015.



Kilde: Rubin

Note: SUF overtog administrationen af alle elever i Københavns Kommune den 1. sep. 2012. Derved er der et databrud, der giver en stigning i andel mænd.

Ultimo 1. kvartal 2013 var der 1.406 fastansatte mænd i forvaltningen. Det svarer til 16,6% af alle ansatte, hvilket er en stigning på 1,4%-point siden 1. kvartal 2011. Andelen er steget markant siden 1. kvartal 2012, men dette skyldes primært, at alle kommunens elever indgår i opgørelsen fra 2013, fordi Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har overtaget administrationen af elever i hele kommunen: Blandt de øvrige elever (pædagogstuderende mv.), er andelen af mænd højere end blandt SOSU-elever, og derfor er andelen af mænd samlet set steget. Det er på nuværende tidspunkt svært at sige, om målet om 20% mænd i 2015 kan opnås.

Forvaltningen har iværksat en række indsatser for at øge andelen af mænd. I kommunens ligestillingsplan samt Sundheds- og Omsorgsforvaltningens handleplan for ligestilling 2013-2014 er der iværksat forskellige initiativer med henblik på at ændre kønssammensætningen indenfor omsorgsfag. Disse initiativer er både møntet elevområdet og den generelle medarbejderrekruttering.

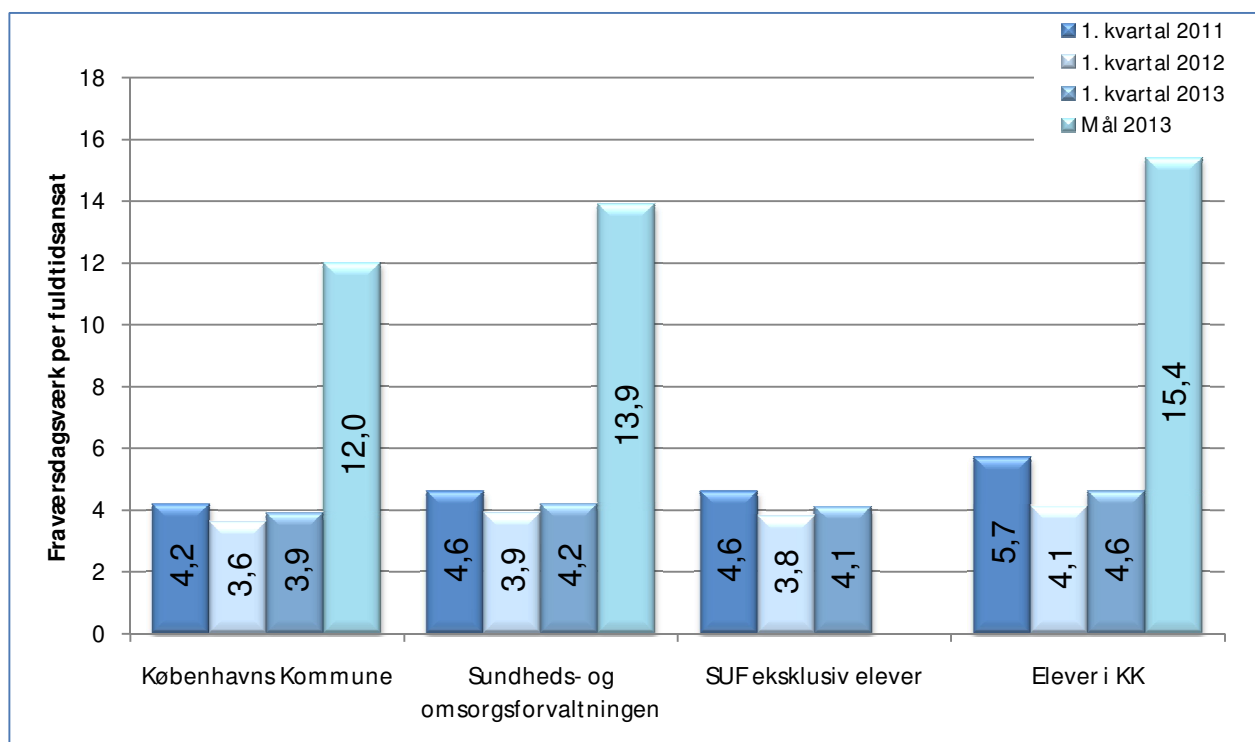
8.2: SYGEFRAVÆR

Fra 2013 skal sygefraværet i Københavns Kommune opgøres i dagsværk i stedet for i kalenderdage. Den nye opgørelsesmetode skal give et mere reelt billede af den tabte arbejdsfortjeneste, idet det kun er sygefravær på dage, hvor medarbejderen skulle have været på arbejde, som fremover tæller med.

Figur 22 – Sygefravær sammenlignet med Københavns Kommune

Figuren viser sygefraværsdagsværk per fuldtidsansat for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen sammenlignet med hele Københavns Kommune.

Borgerrepræsentationen har besluttet at, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen skal reducere sygefraværet fra 14,3 dagsværk per fuldtidsansat i 2012 til 13,9 dagsværk per fuldtidsansat i 2013. Forvaltningen har derudover fastlagt et administrativt mål om at elevernes sygefravær skal reduceres med 1,8 dagsværk fra 2013-2015, hvilket svarer til en reduktion på 0,6 dagsværk per år. I 2013 er målet 15,4 dagsværk per elev.



Kilde: Rubin

Note: Elever i KK indeholder alle elever i Københavns Kommune også inden SUF overtog administrationen af alle elever i Københavns Kommune den 1. sep. 2012.

Overordnet er sygefraværet i 1. kvartal 2013 faldet siden 1. kvartal 2011 – både i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og i Københavns Kommune generelt, men sygefraværet er steget siden 1. kvartal 2012.

Forvaltningens samlede sygefravær var 4,2 fraværsdagsværk per fuldtidsansat i 1. kvartal 2013, hvilket er et fald på 0,4 fraværsdagsværk siden 1. kvartal 2011, men en stigning på 0,3 fraværsdagsværk siden 1. kvartal 2012. Med den nuværende udvikling er det tvivlsomt om forvaltningen kan opfylde målet for sygefraværet i 2013.

Elevernes sygefravær var 4,6 fraværsdagsværk per elev i 1. kvartal 2013, hvilket er et fald på 1,1 fraværsdagsværk siden 1. kvartal 2011, men en stigning på 0,5 fraværsdagsværk siden 1. kvartal 2012. Også her er det tvivlsomt om forvaltningen kan opfylde målet for elevernes sygefravær i 2013 med den nuværende udvikling.

Fraværet for hele Københavns Kommune var på 3,9 fraværsdagsværk i 1. kvartal 2013, og er dermed faldet med 0,3 fraværsdagsværk i forhold til 1. kvartal 2011, men er steget 0,3 fraværsdagsværk siden 1. kvartal 2012.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens sygefravær er gennemgående højere end hele Københavns Kommune. Det højere sygefravær i forvaltningen skyldes til dels, at en række særlige forhold gør sig gældende for medarbejdere i forvaltningen, som præges af meget borgerkontakt og jobfunktioner, der er fysisk og psykisk nedslidende.

APPENDIKS: BORGERE OG BRUGERE

I appendiks beskrives Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver, antallet af borgere i Københavns Kommune, og antallet af brugere af forvaltningens ydelser. Opgørelserne i kapitlet udarbejdes årligt, senest ved udgangen af 2012. De er medtaget i denne rapport for at give et baggrundsbillede for de øvrige informationer om forvaltningens arbejde, som rapporten indeholder.

Figur 23 – Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver falder inden for to hovedområder:

- Ydelser og tilbud primært til borgere over 65 år
- Sundhedsfremme og forebyggelse for alle borgere i kommunen.

Ydelser og tilbud primært til borgere over 65 år

- Hjemmepleje
- Pleje- og ældreboliger
- Sygepleje
- Genoptræning (efter Serviceloven)
- Forebyggende hjemmebesøg
- Hjælpemidler
- Madservice/Spisetilbud
- Aktivitetstilbud
- Midlertidige døgnpladser
- Omsorgstandpleje

Sundhed og forebyggelse for alle borgere i kommunen

- Genoptræning (efter Sundhedsloven)
- Borgerrettet og patientrettet forebyggelse
- Specialtandpleje

Tabel 4 – Borgere i Københavns Kommune fordelt på aldersgrupper og køn

Tabellen viser befolkningsgrundlaget for Københavns Kommune fordelt på aldersgrupper samt køn ved udgangen af 2012.

	Kvinder	Mænd	I alt	Procentfordeling	Udvikling siden 2010
0-64 år	249.332	251.863	501.195	90%	4%
65-79 år	23.424	20.181	43.605	8%	9%
80+ år	10.428	4.212	14.640	3%	-7%
I alt	283.184	276.256	559.440	100%	4%
Antal 65+ år borgere	33.852	24.393	58.245	10%	

Kilde: Københavns Kommunes Folkeregisteropgørelse og Danmarks Statistik.

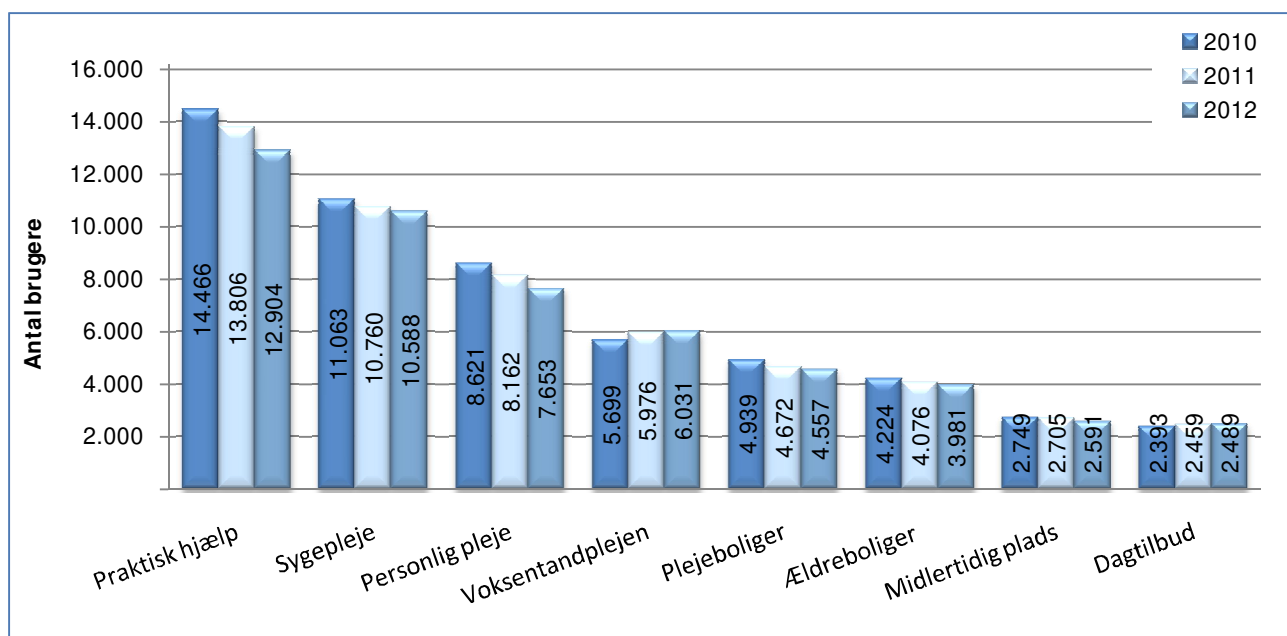
Ved udgangen af 2012 var der 559.440 borgere i Københavns Kommune. Det er en stigning på 4% sammenlignet med samme tidspunkt i 2010.

Som det ses af tabellens højre kolonne, er der sket en stigning i antallet af borgere i aldersklassen 65-79 år, mens antallet af borgere i aldersklassen 80+ år er faldet. Sammenlignet med 2010 er der således kommet flere "unge ældre" og færre "gamle ældre". Gruppen af borgere på 65+ år udgør 10% af den københavnske befolkning.

Der er en ligelig kønsfordeling, når man ser på borgerne i Københavns Kommune samlet. I de ældre aldersgrupper udgør kvinderne derimod en større andel end mændene. I aldersklassen 80+ år er næsten 3 ud af 4 kvinder.

Figur 24 – Brugere af forvaltningens omsorgsydelser

Figuren viser forvaltningens omsorgsydelser fordelt på antal brugere.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS), indberetninger fra voksntandplejen og VI-systemet

Note: Praktisk hjælp dækker hjælp til rengøring, tøjvask, indkøb og madservice, mens personlig pleje dækker forskellige former for hjælp til personlig hygiejne, hjælp og støtte til mad og måltider, psykisk pleje og omsorg, hjælp til medicin samt sengeredning, forflytning og lejrning.

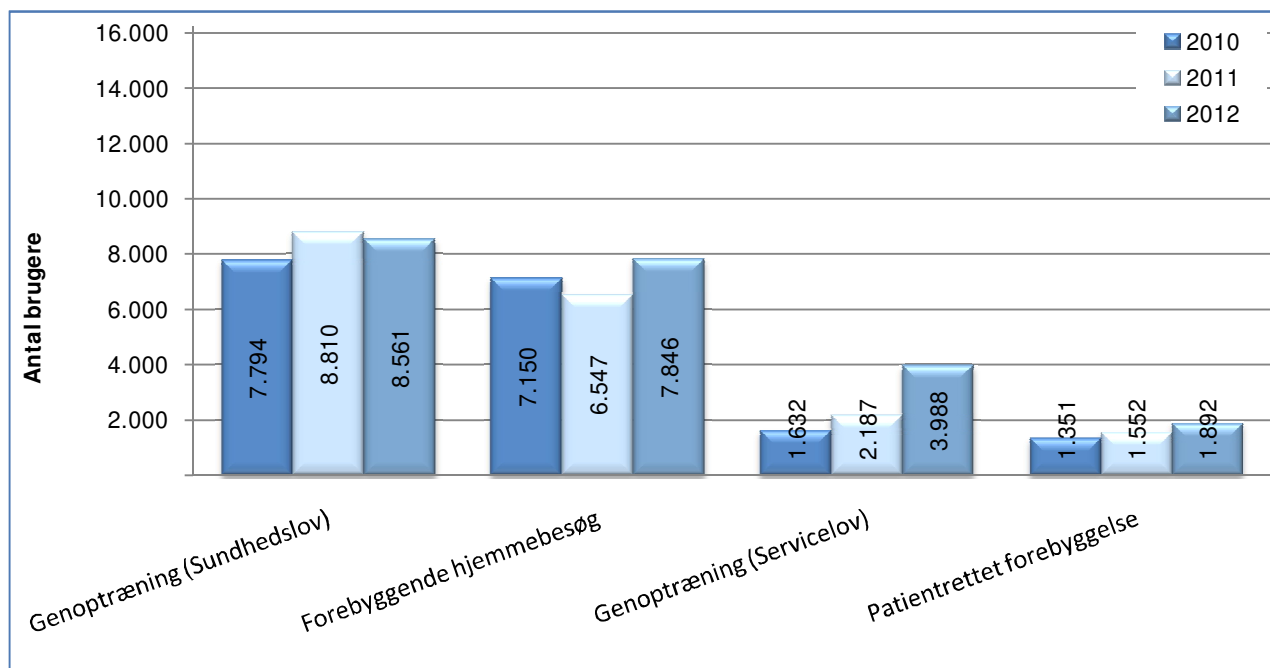
Note: Borgere, der er afgået ved døden i løbet af året, indgår i opgørelsen. Borgere, der er inaktive, dvs. har modtaget hjælp, men ikke modtager hjælp ved udgangen af 2012, indgår ikke i opgørelsen. En bruger kan tælle med flere gange, hvis vedkommende modtager mere end én type ydelse.

I 2012 var der i alt 35.360 brugere af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser. Der er generelt kommet færre brugere af de enkelte ydelser i 2012 sammenlignet med de foregående år – voksntandplejen og dagtilbud er de eneste ydelser, der ikke har oplevet et fald i antallet af brugere. Disse fald skal ses i sammenhæng med, at alderssammensætningen i aldersgruppen har ændret sig, så der er blevet flere borgere i alderen 65-79 år og færre i alderen 80+ år, som generelt har det største plejebæhov.

Praktisk hjælp er den ydelse, som flest borgere modtager – i 2012 modtog 12.904 borgere praktisk hjælp. Sygepleje er med 10.588 brugere den næsthøypigste ydelse efterfulgt af personlig pleje med 7.653 modtagere.

Figur 25 – Brugere af forvaltningens sundhedsydelse

Figuren viser forvaltningens sundhedsydelse fordelt på antal brugere.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS), Sundhedsportalen

Note: En bruger kan tælle med flere gange, hvis vedkommende modtager mere end én type ydelse. I opgørelsen indgår ikke borgerrettet forebyggelse.

Note: Træning efter Servicelov og Sundhedslov inkluderer kun brugere, som er startet på et træningsforløb i perioden. Borgere, der er afgået ved døden i løbet af året, indgår i opgørelsen.

Sammenlignet med 2010 er der sket en stigning i brugen af alle fire typer sundhedsydelser, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen leverer. Særligt markant er stigningen i antallet af borgere, der har modtaget genoptræning efter Serviceloven. 1.632 modtog genoptræning efter Serviceloven i 2010, hvor der var 3.988 borgere i 2012. Stigningen skyldes til dels indsatsen hverdagsrehabilitering, men også en stigning på over 150 % i antal borgere, der er blevet visiteret til terapeutfaglig vurdering/udredning i 2012 sammenlignet med 2011. Hvis de borgere, der har modtaget terapeutfaglig vurdering/udredning, men *ikke* en genoptræningsydelse eller hverdagsrehabilitering, sorteres fra, er udviklingen mindre markant.

FIGUR- OG TABELOVERSIGT

Figur 1 – Sagsbehandlingstider på hjemmeplejeområdet.....	8
Figur 2 – Kommunale hjemmeplejebesøg og hjemmeplejebrugere.....	9
Figur 3 – Visiterede timer til brugere, der har valgt private hjemmeplejeleverandører	10
Figur 4 – Brug af aktiverende ydelser til nyvisiterede borgere.....	11
Figur 5 – Brug af hverdagsrehabiliterende ydelser praktiske opgaver.....	12
Figur 6 – Andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper	13
Figur 7 – Sygeplejebesøg og sygeplejebrugere.....	14
Figur 8 – Besøg i sygeplejeklinik	15
Figur 9 – Sagsbehandlingstider på plejeboligområdet	16
Figur 10 – 4-ugersgarantien for plejeboliger.....	17
Figur 11 – Tidligere dialog og flytning til plejebolig	18
Figur 12 – Ophold i plejebolig og midlertidige døgnpladser	19
Figur 13 – Antal ventende færdigbehandlede patienter per dag	21
Figur 14 – Ventetider på genoptræning	22
Figur 15 – Genoptræningsplaner.....	23
Figur 16 – Forebyggende hjemmebesøg.....	24
Figur 17 – Patientrettede forebyggelsesforløb	25
Figur 18 – Telemedicin	26
Figur 19 – Borgerrettede forebyggelsesforløb.....	27
Figur 20 – Rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere	28
Figur 21 – Andel fastansatte mænd	32
Figur 22 – Sygefravær sammenlignet med Københavns Kommune	33
Figur 23 – Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver	35
Figur 24 – Brugere af forvaltningens omsorgsydelser.....	37
Figur 25 – Brugere af forvaltningens sundhedsydelser	38
Tabel 1 – Ventedage efter færdigbehandling	20
Tabel 2 – Klager	29
Tabel 3 – Antal medarbejdere med direkte og indirekte brugertid	31
Tabel 4 – Borgere i Københavns Kommune fordelt på aldersgrupper og køn.....	36

KØBENHAVNS KOMMUNE
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Strategi og Analysestab
Sjællandsgade 40
2200 København N
www.suf.kk.dk
Kontaktperson: Linda Klubben
Telefon: 3530 4511
E-mail: yr51@suf.kk.dk