



**Kvartalsrapport**  
**for**  
**Sundheds- og Omsorgsforvaltningen**

**3. kvartal 2013**

A large decorative graphic in the bottom right corner consisting of several concentric circles in various shades of blue, partially overlapping the text area.

# INDHOLD

<b>OVERBLIK .....</b>	<b>3</b>
<b>INDLEDNING .....</b>	<b>4</b>
<b>RESUMÈ .....</b>	<b>5</b>
<b>KAPITEL 1: MERE FRIHED.....</b>	<b>9</b>
<b>KAPITEL 2: STØRRE TRYGHED .....</b>	<b>11</b>
2.1: TIDLIGERE DIALOG OG FLYTNING TIL PLEJEBOLIG .....	11
2.2: BORGERE, DER HJEMTAGES .....	12
<b>KAPITEL 3: ATTRAKTIV ARBEJDSPLADS .....</b>	<b>14</b>
3.1: ANDEL MÆND.....	14
3.2: TEMA – SYGEFRAVÆR OG ARBEJDSMILJØ .....	16
<b>KAPITEL 4: SAGSBEHANDLING TIL TIDEN .....</b>	<b>24</b>
<b>KAPITEL 5: BEDRE FOREBYGGELSE OG BEHANDLING.....</b>	<b>27</b>
5.1: FOREBYGGELSE.....	27
5.2: TEMA – GENOPTRÆNING .....	31
<b>FIGUR- OG TABELOVERSIGT .....</b>	<b>35</b>

# OVERBLIK

## Mere frihed

Hverdagsrehabilitering



Borgere i sygeplejeklinik



## Større tryghed

Tidligere i plejebolig



Ventedage efter færdigbehandling

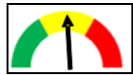


Antal ventende færdigbehandlede patienter per dag



## Attraktiv arbejdsplads

20 % mænd



Tema: Sygefravær og arbejdsmiljø



## Sagsbehandling til tiden

Hjemmeplejeområdet



Hjælpemidler



Plejeboligområdet

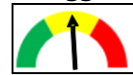


4-ugersgarantien for plejebolig



## Bedre forebyggelse og behandling

Forebyggelige Indlæggelser



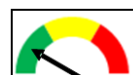
Patientrettet forebyggelse



Borgerrettet forebyggelse



Tema: Genoptræning



## INDLEDNING

Formålet med kvartals- og årsrapporterne er at give Sundheds- og Omsorgsudvalget en status på politisk fastsatte mål.

Fra og med 2. kvartal 2013 er kvartalsrapporterne blevet forenklet, således at der kun rapporteres på politiske mål. Udvalget har mulighed for at beslutte, at rapporterene skal sætte fokus på et eller flere temaer, som ønskes belyst yderligere. Rapporterne er endvidere blevet fremrykket tidsmæssigt, så de så vidt muligt behandles på samme udvalgmøde som budgetstatus.

Kvartalsrapporten for 3. kvartal 2013 er udarbejdet efter samme model som kvartalsrapporten for 2. kvartal 2013 - dog med to ændringer. Dels bad udvalget i forbindelse med behandlingen af kvartalsrapporten for 2. kvartal om, at sundhedsområdet vægtedes højere fremover. Derfor indeholder denne kvartalsrapport tal for forebyggelige indlæggelser, patientrettet og borgerrettet forebyggelse. Dels har udvalget besluttet, at denne kvartalsrapport skal indeholde et tema om sygefravær/arbejdsmiljø samt et tema om genoptræning. Disse to temaer er derfor integreret i kvartalsrapporten for 3. kvartal.

Kvartalsrapporten er opbygget således, at de politiske mål er samlet i et antal fokusområder (fx fokusområdet "Større tryghed"). Fokusområderne kan løbende justeres, og indholdet i de enkelte fokusområder vil også kunne ændres, afhængig af hvilke politiske mål, der kan afrapporteres på pågældende tidspunkt. Først i rapporten (i afsnittet "Overblik") præsenteres målopfyldelsen på de forskellige politiske mål grafisk i form af speedometre.

Kvartalsrapporten for 3. kvartal 2013 indeholder oplysninger på områder, hvor der er fastlagt politiske mål, og hvor der er tilgængelige data, som kan vise status på målopfyldelsen. Det er desværre fortsat ikke muligt at opgøre tal for antal forskellige hjælpere i borgerens hjem efter overgangen til nyt omsorgssystem (KOS2). Forvaltningen arbejder på at genetablere datagrundlaget, så der igen kan afrapporteres på det politiske mål om at to ud af tre besøg skal varetages af borgerens primære eller sekundære hjælper.

I det fleste tilfælde opgøres tallene for 3. kvartal 2011, 2012 og 2013 og som oftest sammenlignes tallene for 3. kvartal 2013 med 3. kvartal 2011 for at give et længere tidsperspektiv på udviklingen.

Udvalget har mulighed for at beslutte, at næste kvartalsrapport – årsrapporten for 2013 - skal gå i dybden med et bestemt tema, som udvalget ønsker belyst yderligere.

God læselyst.

Sundheds- og Omsorgsborgmester

Ninna Thomsen

Administrerende direktør

Katja Kayser

## RESUMÉ

### MERE FRIHED (kapitel 1)

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. I 3. kvartal 2013 modtog 10 % af alle borgere med praktisk hjælp **hverdagsrehabiliterende ydelser**, hvilket er en stigning på 3 %-point siden 3. kvartal 2012. Det er langt fra alle modtagere af praktisk hjælp, som i praksis har potentiale til at kunne deltage i hverdagsrehabilitering (figur 1).

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt et politisk mål om, at driften af **sygeplejeklinikker** skal kunne finansieres via sparet vejtid på de besøg, der aflægges i klinikkerne. Der er i 3. kvartal 2013 aflagt 9.750 besøg i sygeplejeklinikkerne, en stigning fra 5.974 besøg i samme periode i 2011. Klinikkerne har været fuldt finansieret af driften i 3. kvartal 2013, og målet er således nået (figur 2).

### STØRRE TRYGHED (kapitel 2)

I reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* er der fastsat et mål om, at svage ældre skal **flytte tidligere i plejebolig**. Indenfor det seneste år er 26 % af de borgere, som har mere end 12 timers hjælp om ugen, blevet godkendt til plejebolig. Denne andel har ligget på et nogenlunde stabilt niveau siden 2011. Sundheds- og Omsorgsudvalget har på udvalgs-møde den 24. oktober 2013 godkendt en række nye indsatser, som skal medvirke til tidligere indflytning i plejebolig. Blandt andet vil ensomhed og utryghed blive tydeligere kriterier for at blive godkendt til plejebolig fra 2014 (figur 3).

Ifølge Sundhedsaftalen 2011-2014 skal Københavns Kommune **hjemtage færdigbehandlede patienter** fra hospitalerne hurtigst muligt og senest 14 dage efter færdigbehandling. Fra juni-august 2013 ventede 328 borgere på hjemtagning efter færdigbehandling på hospital – en stigning på 19 % sammenlignet med samme periode i 2011. 17 borgere ventede mere end 14 dage. Til sammenligning var der 15 borgere, som ventede mere end 14 dage fra juni-august 2011. Det samlede antal ventedage er faldet med 1 % siden juni-august 2011. Der er indført en ny samarbejdsaftale om elektronisk kommunikationen vedrørende melding om færdigbehandlede borgere på hospitalerne. Det er fortsat en udfordring, at patienterne i nogle tilfælde erklæres færdigbehandlede af hospitalerne uden reelt at være det. Der er nedsat følgegrupper under samordningsudvalgene, der arbejder med konsolidering af kommunikationsaftalen. Stort set alle borgere, der har færdigbehandlingsdage, er svage borgere, der venter på en plads på en midlertidig døgnplads. Forvaltningen er ved at afdække nye løsninger med henblik på at hjemtage færdigbehandlede borgere.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har derudover et mål om, at der i gennemsnit maksimalt må være 11 **færdigbehandlede patienter per dag**, der venter på hjemtagning. I perioden september 2012 – august 2013 var der i gennemsnit 37 færdigbehandlede patienter per dag, der ventede på hjemtagning. Heraf var der 26 65+-årige patienter, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ansvaret for at hjemtage. En stigning fra samme periode i 2011,

hvor der var 29 ventende patienter per dag, heraf 21 patienter i alderen 65+ år. Kommunen lever derved ikke op til målsætningen om maksimalt 11 ventende patienter per dag.

### ATTRAKTIV ARBEJDSPLADS (kapitel 3)

I reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* er der fastsat et mål om, at andelen af mandlige ansatte i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen skal udgøre 20 % i 2015.

Ultimo 3. kvartal 2013 var 16,6 % af alle ansatte inkl. elever i forvaltningen **mænd**. Vurderingen er, at det ikke er muligt at nå målet om 20 % mænd i 2015. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen indgår sammen med Socialforvaltningen og Børne- og Ungdomsforvaltningen i et udviklingsarbejde med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen med henblik på at udvide rekrutteringsgrundlaget af mænd i omsorgsfagene via beskæftigelsesindsatsen (figur 5).

#### Tema: Sygefravær og arbejdsmiljø

I forbindelse med behandlingen af kvartalsrapporten for 2. kvartal 2013 besluttede Sundheds- og Omsorgsudvalget, at sygefravær/arbejdsmiljø skulle være et tema i kvartalsrapporten for 3. kvartal 2013.

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 samlede sygefravær var 10,4 fraværsdagsværk per fuldtidsansat i 1.-3. kvartal 2013. Med den nuværende udvikling er det ikke sikkert, at forvaltningen kan opfylde målet for sygefraværet i 2013 (figur 6).

Borgerrepræsentationen har også fastlagt et mål om, at **sygefraværet for elever** ansat i Københavns Kommune skal reduceres med 0,6 dagsværk per år i perioden 2013-2015. For 2013 er målet 15,4 dagsværk per elev, hvilket svarer til 11,5 dagsværk per elev i perioden 1.-3. kvartal 2013. Sygefraværet for eleverne var 12,4 fraværsdagsværk per elev i perioden 1.-3. kvartal 2013, en stigning på 0,8 fraværsdagsværk sammenlignet med perioden 1.-3. kvartal 2012. Det er dermed meget tvivlsomt, om forvaltningen kan opfylde målet i 2013 (figur 6).

I SUF arbejdes der på flere felter med trivsel og sygefravær. Af særlige tiltag kan nævnes at der arbejdes med social kapital (tillid, retfærdighed og samarbejde), sundhed, motion og konceptet 1-5-14 om sygefraværssamtaler. Otte enheder fra SUF deltager i et forløb for arbejdspladser med særligt højt sygefravær. Ligeledes bliver der fulgt op på trivselsundersøgelsen på de enkelte arbejdspladser samt via centrale opfølgingsinitiativer, blandt andet igangsat af forvaltningens MED-udvalg (SUF MED). Der er blandt andet fokus på de fysiske rammer og på mobning, konflikter og skænderier.

### SAGSBEHANDLING TIL TIDEN (kapitel 4)

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt **tidsfrister for sagsbehandlingen** af ansøgninger om hjemmepleje, hjælpemidler og plejeboliger. I 3. kvartal 2013 blev sagsbehandlingsfristerne overholdt for 86 % af ansøgningerne om hjemmepleje, 86 % af ansøgningerne om tekniske hjælpemidler, 94 % af ansøgningerne om personlige hjælpemidler og 97 %

af ansøgningerne om plejebolig. På alle områder er målopfyldelsen højere end det vejledende mål om overholdelse af sagsbehandlingsfristerne i 80 % af sagerne, som retssikkerhedsloven anbefaler (figur 11).

Sundheds- og Omsorgsudvalget har desuden fastsat et mål om, at alle godkendte ansøgere til plejebolig skal have et tilbud om en bolig inden for fire uger (4-ugersgarantien). I perioden juni-august 2013 blev **4-ugersgarantien** overholdt for alle ansøgere - en stigning på 12 %-point siden samme periode i 2012 (figur 12).

#### BEDRE FOREBYGGELSE OG BEHANDLING (kapitel 5)

Sundheds- og Omsorgsudvalget bad ved gennemgangen af kvartalsrapporten for 2. kvartal 2013 om, at sundhedsområdet fik lidt større vægt i de kommende kvartalsrapporter. De politisk fastsatte mål, der findes på sundhedsområdet, indgår i sundhedspolitikken Længe Leve København, og omfatter mål om københavnerens sundhedsadfærd generelt (fx at andelen af voksne med røgfrit liv skal stige til 85 % i 2014). Disse mål vil blive afrapporteret når der foreligger resultater fra sundhedsprofilundersøgelsen 2014, men kan ikke opgøres løbende, da der ikke findes datagrundlag til dette. Der eksisterer imidlertid en række indikatorer i sundhedspolitikken, som ikke har status af politisk godkendte mål, men som kan sige noget om den løbende udvikling på sundhedsområdet. Kvartalsrapporten for 3. kvartal indeholder derfor data for indikatorerne forebyggelige indlæggelser, patientrettet og borgerrettet forebyggelse.

Det er en indikator i sundhedspolitikken, at antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser for 65+-årige borgere skal falde til 1.125 **forebyggelige indlæggelser** i 2014. Indlæggelserne omfatter indlæggelser med diagnoserne blærebetændelse, brud, dehydrering og nedre luftvejssygdomme. Indlæggelser med disse diagnoser kan potentielt forebygges ved en kommunal indsats. I 1. kvartal 2013 var der 642 forebyggelige indlæggelser blandt borgere, der var kendt af forvaltningen inden indlæggelsen, svarende til ca. 2.500 forebyggelige indlæggelser på årsbasis. På trods af at antallet af forebyggelige indlæggelser er faldet med 16 % sammenlignet med 1. kvartal 2012, er der således fortsat et stykke vej til at kunne indfri målsætningen om 1.125 forebyggelige indlæggelser i 2014 (figur 13).

Det er ligeledes en indikator i sundhedspolitikken, at antallet af påbegyndte **patientrettede forebyggelsesforløb** stiger til 2.000 forløb årligt i 2014. I 1.-3. kvartal 2013 var der i alt 1.460 patientrettede forebyggelsesforløb. Med den nuværende udvikling ser det således ud til, at forvaltningen vil kunne indfri målet om 2.000 årlige forløb i 2014 (figur 14).

Det er endvidere en indikator i sundhedspolitikken, at 8.000 borgere i 2014 skal modtage forebyggelsestilbud vedrørende kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet – de såkaldte **borgerrettede forebyggelsesforløb**. I 1.-3. kvartal 2013 var der 7.355 borgere, som modtog et forebyggelsestilbud vedrørende kost, fysisk aktivitet, rygning eller alkohol. Hvis niveauet fastholdes, vil forvaltningen således formodentlig kunne nå målet om 8.000 borgere i 2014 (figur 15).

#### Tema: Genoptræning

Udvalget har ønsket at denne rapport indeholder et tema om genoptræning. I afsnittet vises sagsbehandlingstider på genoptræningsområdet, udviklingen i antallet af genoptræningsforløb og andel almene genoptræningsforløb. Derudover beskrives hovedresultaterne

fra brugerundersøgelsen på genoptræningsområdet i 2012.

Forvaltningen har i 3. kvartal 2013 stort set overholdt målene om **ventetider på genoptræning**. Ventetiden på både accelererede og normale genoptræningsforløb efter Sundhedsloven blev overholdt i 96 % af tilfældene. Ventetiden på genoptræningsforløb efter Serviceloven blev overholdt i 97 % af tilfældene (figur 16).

Der var i alt 3.212 **genoptræningsplaner** i 3. kvartal 2013 – en stigning på 19 % siden 3. kvartal 2012. Andelen af almene genoptræningsforløb, der varetages af kommunen, var på 85 % i 3. kvartal 2013. Denne andel har ligget nogenlunde stabil sammenlignet med 3. kvartal 2011 og 2012 (figur 17).

Brugerundersøgelsen fra 2012 viste, at deltagerne i træningsforløb generelt er meget tilfredse med forløbene. 87 % af deltagerne er tilfredse eller meget tilfredse med deres genoptræningsforløb. 72 % af deltagerne har vurderet, at deres genoptræningsforløb har medvirket til at de bedre kan klare dagligdags gøremål.



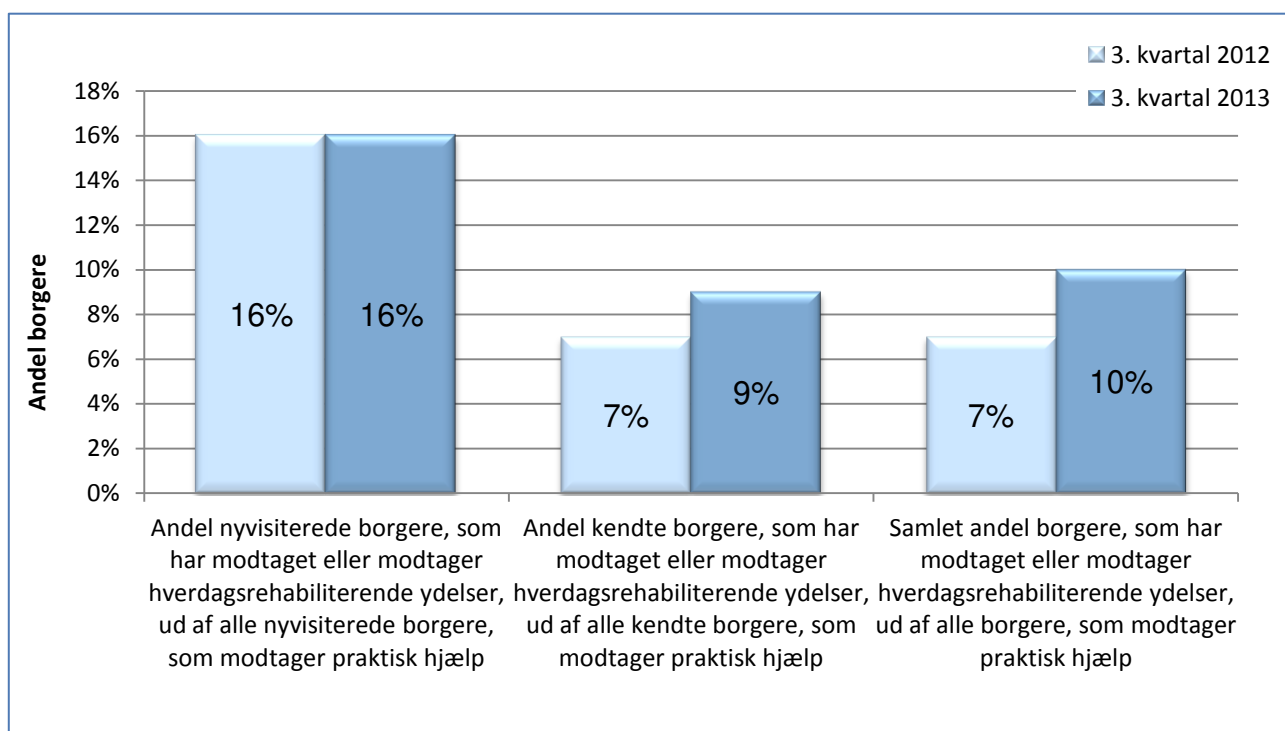
## KAPITEL 1: MERE FRIHED

I kapitlet gennemgås status på hverdagsrehabilitering til praktiske opgaver samt antallet af besøg i sygeplejeklinikker.

### Figur 1 – Brug af hverdagsrehabiliterende ydelser til 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. Der er endvidere indført hverdagsrehabilitering for personlig pleje, men da der ikke er opstillet politiske mål for denne del, og forvaltningen endnu ikke kan afrapportere på det, er det alene hverdagsrehabilitering for praktisk hjælp der fremgår af figuren.

Figur 1 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.



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.

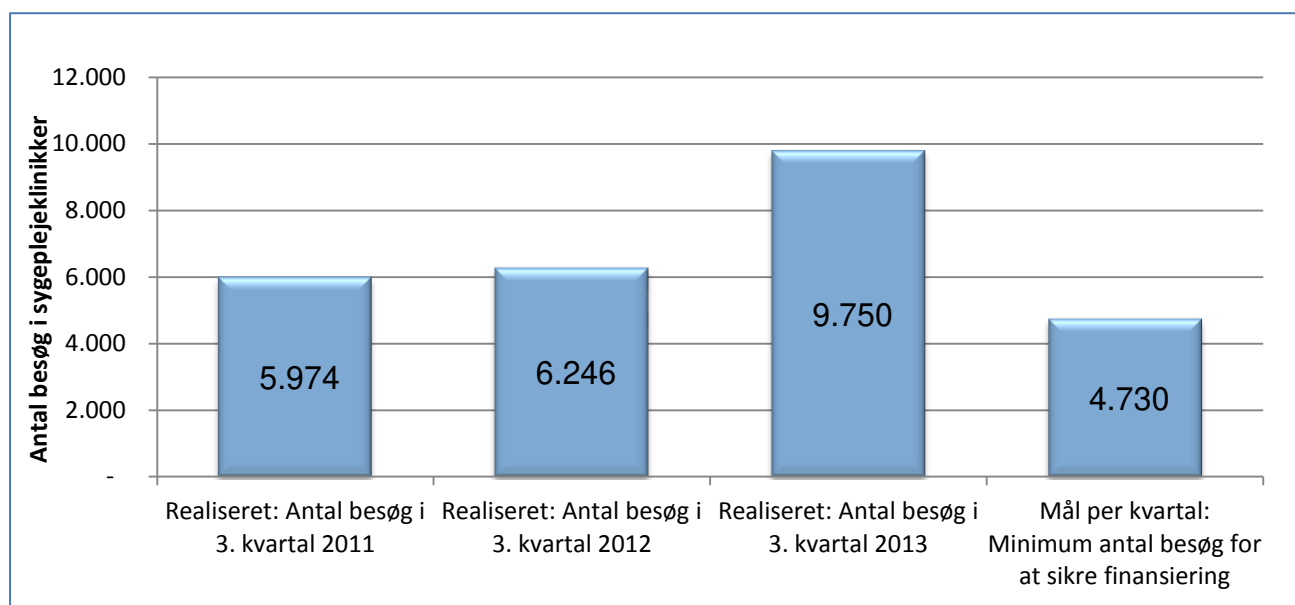
Note: Nyvisiterede borgere (førstegangshenvendere) er borgere, der i mindst 12 måneder ikke har modtaget ydelser inden for personlig pleje, praktisk hjælp eller hverdagsrehabiliterende ydelser.

I 3. kvartal 2013 modtog 10 % af alle borgere med praktisk hjælp hverdagsrehabiliterende ydelser, hvilket er en stigning på 3 %-point siden 3. kvartal 2012. Der er således sket en fremgang, men antallet af borgere, der modtager hverdagsrehabilitering til praktisk hjælp, er fortsat begrænset. Det er langt fra alle modtagere af praktisk hjælp, som i praksis har potentiale til at kunne deltage i hverdagsrehabilitering.

## Figur 2 – 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.

Figur 2 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 (KOS2)

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

Der er i 3. kvartal 2013 aflagt 9.750 besøg i sygeplejeklinikkerne, en stigning fra 5.974 besøg i samme periode i 2011. For at klinikkerne kan finansieres gennem sparet vejtid, skulle der minimum aflægges 4.730 besøg i denne periode. Klinikkerne har derved været fuldt finansieret af driften i 3. kvartal 2013. Målet er således nået.

## KAPITEL 2: STØRRE TRYGHED

I dette kapitel præsenteres oplysninger om tidligere indflytning på plejebolig samt om hjemtagning af borgere efter hospitalsindlæggelse.

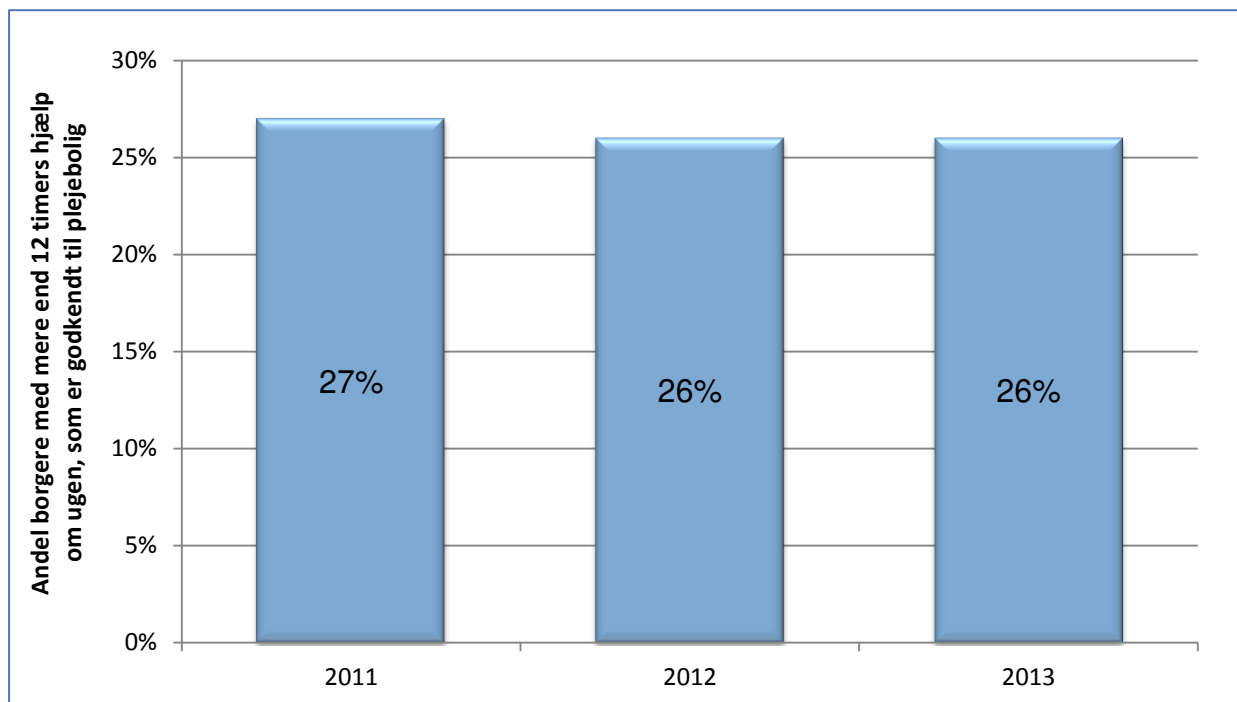
Der indgår ikke denne gang en opgørelse over medarbejderkontinuiteten hos hjemmeplejemodtagerne, da det på nuværende tidspunkt ikke er muligt at trække data på dette. Nøgletallet vil indgå i årsrapporten for 2013.

### 2.1: TIDLIGERE DIALOG OG FLYTNING TIL PLEJEBOLIG

I henhold til Reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* vil Københavns Kommune starte dialogen om plejebolig med ældre, der modtager meget pleje, tidligere. Det er således et mål i Reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet*, at svage ældre skal flytte tidligere i plejebolig.

#### Figur 3 – Tidligere dialog og flytning til plejebolig

Figur 3 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.



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.

Indenfor det seneste løbende år har der været 1.215 borgere haft mere end 12 timers hjælp om ugen. Heraf er 310 borgere, svarende til 26 %, blevet godkendt til plejebolig. Denne andel har ligget på et nogenlunde stabilt niveau siden 2011.

Forvaltningen har fra 2012 implementeret en række indsatser med henblik på at understøtte det politiske mål om tidligere indflytningen i plejebolig. De iværksatte indsatser har imidlertid ikke haft den ønskede effekt. Forvaltningen har på den baggrund udarbejdet en række yderligere forslag til indsatser, som blev godkendt på SOU møde d. 24. oktober 2013. Blandt andet vil ensomhed og utryghed fra 2014 blive tydeligere kriterier for at blive godkendt til plejebolig, og i en forsøgsperiode vil borgere med et omfattende behov for hjælp kunne blive visiteret til en plejebolig uden yderligere vurdering.

## 2.2: BORGERE, DER HJEMTAGES

### Tabel 1 – Ventedage efter færdigbehandling

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har finansieringsforpligtelsen for færdigbehandlede patienters ventedage på hospitalerne. Ifølge Sundhedsaftale 2011-2014 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.

Tabel 1 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.

	Jun. – aug. 2011	Jun. – aug. 2012	Jun. – aug. 2013	Udvikling ifht. jun. – aug. 2011 (%)
Antal udskrivninger	7.648	7.825	7.492	-2%
Udskrivninger uden ventedage	7.373	7.517	7.164	-3%
<b>Udskrivninger med ventedage:</b>				
1-5 dage	136	175	204	50%
6-14 dage	124	121	107	-14%
15+ dage	15	12	17	13%
<b>I alt udskrivninger med ventedage</b>	<b>275</b>	<b>308</b>	<b>328</b>	<b>19%</b>
Antal ventedage i alt	1.802	1.786	1.779	-1%

Kilde: e-Sundhed

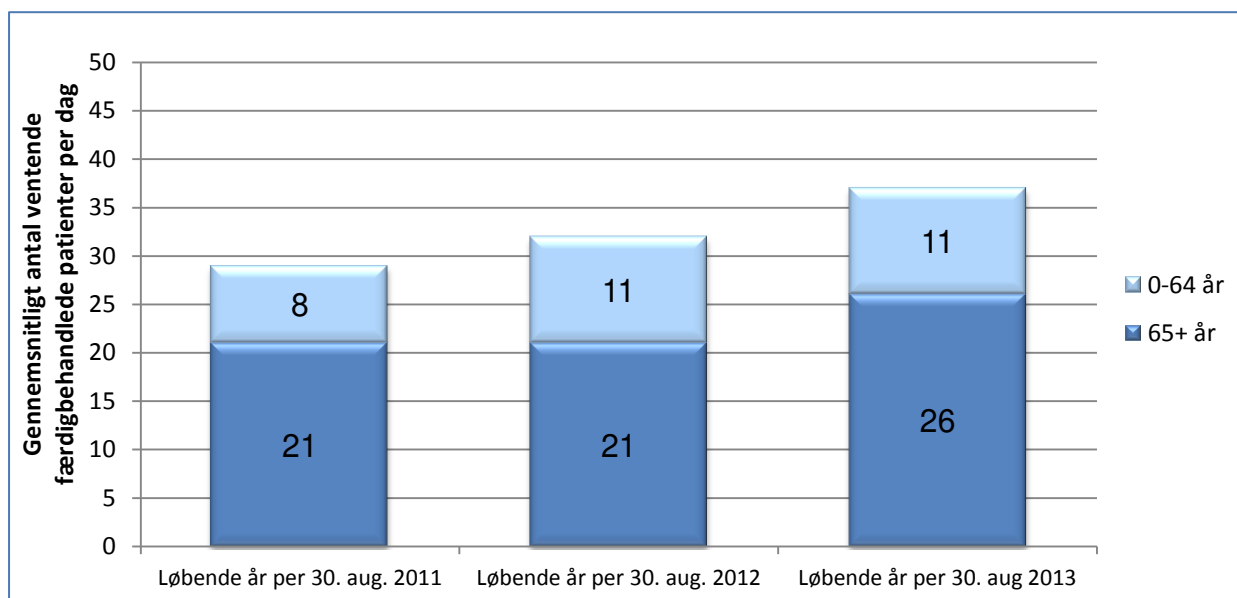
Note: Der kan ske efterregistreringer af aktiviteten i 2013 helt frem til marts 2014.

Fra juni-august 2013 ventede 328 borgere på hjemtagning efter færdigbehandling på hospital – en stigning på 19 % sammenlignet med samme periode i 2011. 204 af disse borgere ventede 1-5 dage, typisk på overflytning til en midlertidig plads. 17 borgere ventede mere end 14 dage. Til sammenligning var der 15 borgere, som ventede mere end 14 dage fra juni-august 2011. Det samlede antal ventedage er faldet med 1 % siden juni-august 2011.

#### Figur 4 – Antal ventende færdigbehandlede patienter per dag

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

Figur 4 viser det gennemsnitlige antal færdigbehandlede patienter per dag, der ventede på hjemtagning efter færdigbehandling, fordelt på borgere under og over 65 år.



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 perioden september 2012 – august 2013 (løbende år) var der i gennemsnit 37 færdigbehandlede patienter per dag, der ventede på hjemtagning. Heraf var der 26 65+-årige patienter, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ansvaret for at hjemtage. En stigning fra samme periode i 2011, hvor der var 29 ventende patienter per dag, heraf 21 patienter i alderen 65+ år. Kommunen lever derved ikke op til målsætningen om maksimalt 11 ventende patienter per dag.

Der er indført en ny samarbejdsaftale om elektronisk kommunikationen vedrørende melding om færdigbehandlede borgere på hospitalerne. Det er fortsat en udfordring, at patienterne i nogle tilfælde erklæres færdigbehandlede af hospitalerne uden reelt at være det. Der er nedsat følgegrupper under samordningsudvalgene, der arbejder med konsolidering af kommunikationsaftalen. Stort set alle borgere, der har færdigbehandlingsdage, er svage borgere, der venter på en plads på en midlertidig døgnplads. Forvaltningen er ved at af-dække nye løsninger med henblik på at hjemtage færdigbehandlede borgere.

## KAPITEL 3: ATTRAKTIV ARBEJDSPLADS

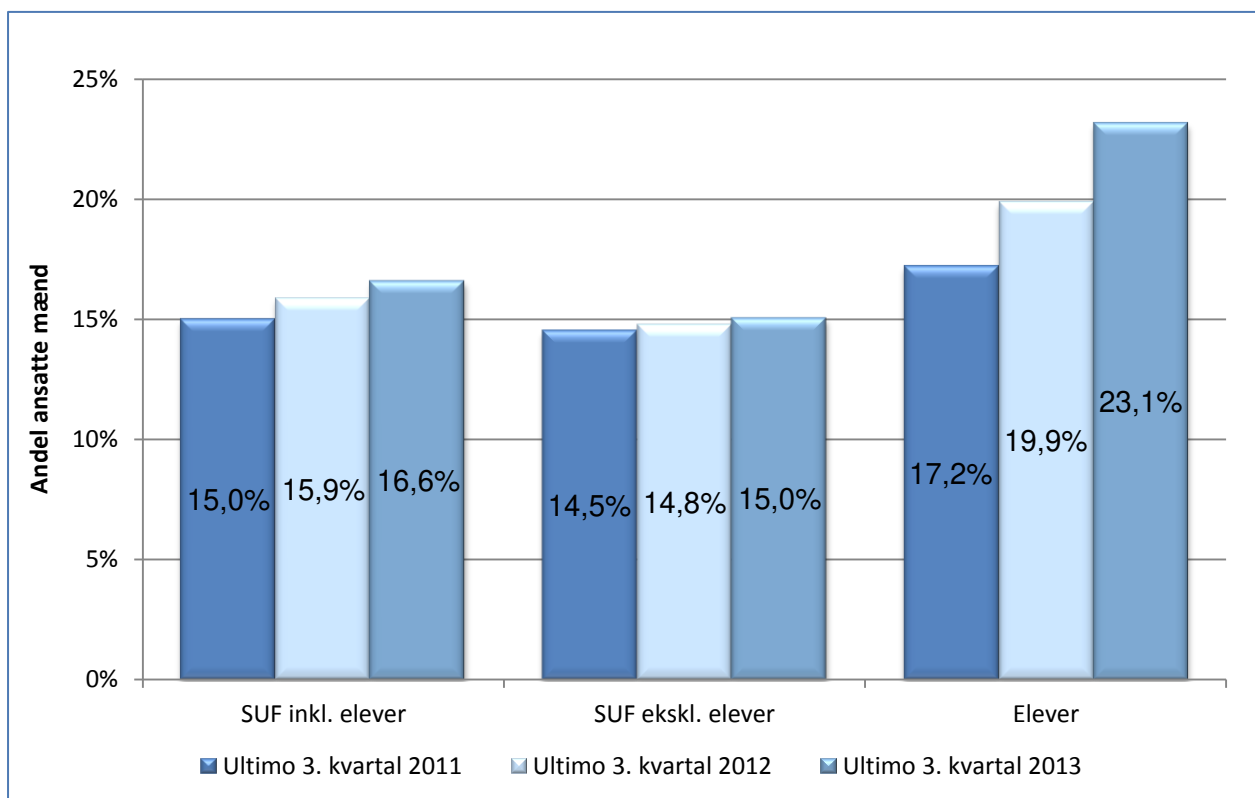
Kapitlets første del indeholder nøgletal om andel mandlige ansatte. Kapitlets anden del består af temaet sygefravær og arbejdsmiljø, et tema som udvalget ved behandlingen af kvartalsrapporten for 2. kvartal 2013 besluttede skulle være en del af nærværende kvartalsrapport.

### 3.1: ANDEL MÆND

#### Figur 5 – Andel fastansatte mænd

Som led i Reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* har Sundheds- og Omsorgsudvalget fastlagt et mål om, at andelen af mandlige ansatte skal udgøre 20 % i 2015.

Figur 5 viser andel ansatte mænd i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.



Kilde: Rubin

Note: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen 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 3. kvartal 2013 var der registreret 1.322 fastansatte mænd (inklusive elever) i forvaltningen. Det svarer til 16,6 % af alle ansatte, en stigning i andelen af mænd på 1,6 %-point siden ultimo 3. kvartal 2011. Den markante stigning skyldes primært, at alle kommunens elever indgår i opgørelsen fra 2013, fordi Sundheds- og Omsorgsforvaltningen 1. september 2012 har overtaget administrationen af alle elever i hele kommunen. Fra 2013 kan man således ikke længere afgrænse elever til kun at omfatte elever i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Blandt de øvrige elever er andelen af mænd højere end blandt so-su-elever, og derfor er den samlede andel af mænd steget.

Hvis man kigger på forvaltningens fastansatte medarbejdere *ekskl.* alle elever (og dermed undgår det brud i data der er sket ved at alle elever i kommunen indgår i opgørelsen), udgør andelen af mænd 15 % ved udgangen af 3. kvartal 2013. Denne andel er steget med 0,5 %-point siden ultimo 3. kvartal 2011.

Forvaltningen vurderer, at det ikke er muligt at nå målet om 20 % mænd i 2015. I forbindelse med Borgerrepræsentationens fastsættelse af måltal for ligestilling i 2013 blev der gennemført en analyse, som viste, at andelen af mænd ansat i omsorgsfag i Københavns Kommune svarer til eller overstiger den gennemsnitlige andel af mænd inden for fagene i landets kommuner og blandt færdiguddannede. Arbejdsløshedsprocenten og antallet af arbejdsløse mænd er tilsvarende lav for de pågældende fag.

Borgerrepræsentationen besluttede på den baggrund ikke at fastsætte måltal for mænd i omsorgsfag, men at der i stedet skal arbejdes for at udvide rekrutteringsgrundlaget.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen indgår sammen med Socialforvaltningen og Børne- og Ungdomsforvaltningen i et udviklingsarbejde med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen med henblik på at udvide rekrutteringsgrundlaget af mænd i omsorgsfagene via beskæftigelsesindsatsen.

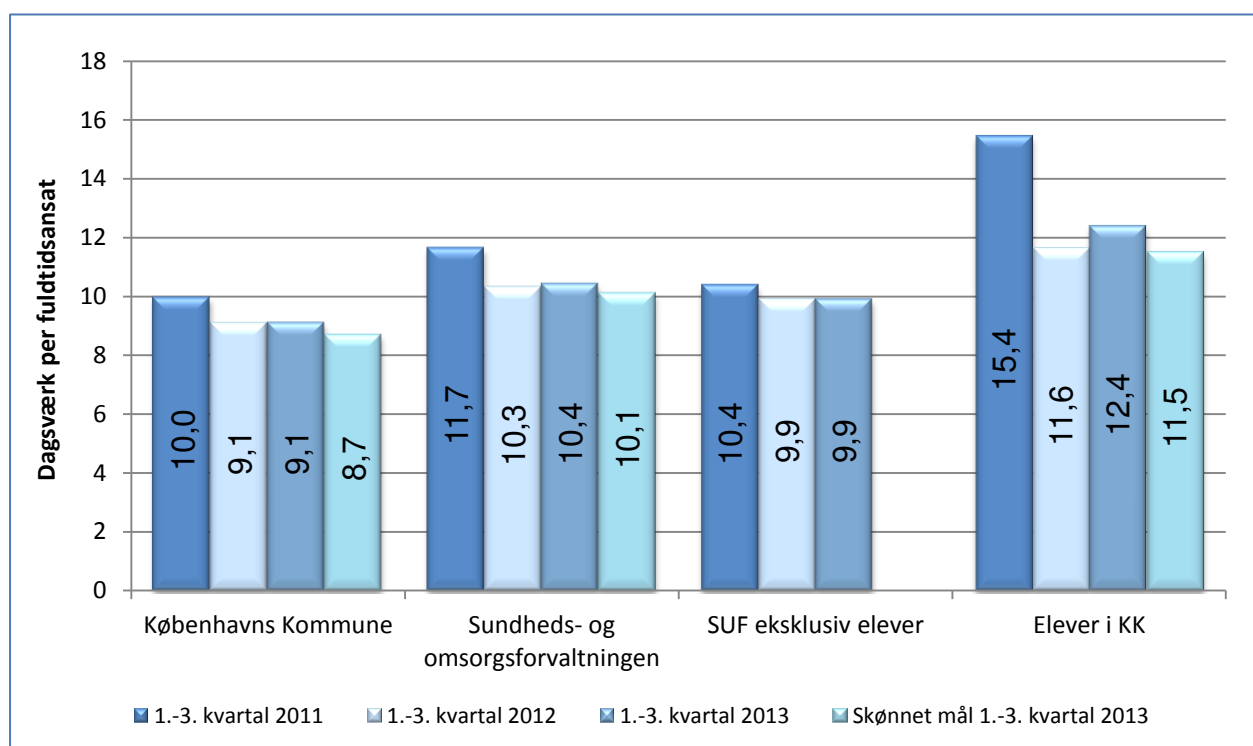
### 3.2: TEMA – SYGEFRAVÆR OG ARBEJDSMILJØ

I forbindelse med behandlingen af kvartalsrapporten for 2. kvartal 2013 besluttede Sundheds- og Omsorgsudvalget, at sygefravær/arbejds miljø skulle være et tema i kvartalsrapporten for 3. kvartal 2013. I dette afsnit præsenteres dels status på de politisk fastsatte mål for sygefraværet, dels andre udvalgte nøgletal for udviklingen i sygefraværet. Derudover beskrives det, hvordan forvaltningen arbejder med at nedbringe sygefraværet og øge trivslen blandt medarbejderne.

#### Figur 6 – Sygefravær i SUF sammenlignet med 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. Derudover har Borgerrepræsentationen fastlagt et mål om, at elevernes sygefravær skal reduceres med 1,8 dagsværk fra 2013-2015. Det svarer til en reduktion på 0,6 dagsværk per år. I 2013 er målet maksimalt 15,4 sygefraværsdagsværk per elev.

Figur 6 viser antal sygefraværsdagsværk per fuldtidsansat for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen sammenlignet med hele Københavns Kommune.



Kilde: Rubin

Note: Kategorien "Elever i KK" indeholder alle elever i Københavns Kommune - også inden Sundheds- og Omsorgsforvaltningen overtog administrationen af alle elever i Københavns Kommune den 1. sep. 2012.

Note: Det skønnede mål for 1-3. kvartal 2013 er vægтет på baggrund af sæsonudsving i det historiske sygefravær fra 2010 til 2012.

Sygefraværet i SUF har været faldende i perioden 2007 til 2012, men i 1.-3. kvartal 2013 ses en lille stigning i forhold til samme periode sidste år. I Københavns Kommune som helhed er faldet i sygefraværet stagneret, hvilket kan medføre, at seks ud af syv forvaltninger ikke når deres måltal for sygefraværet i 2013.

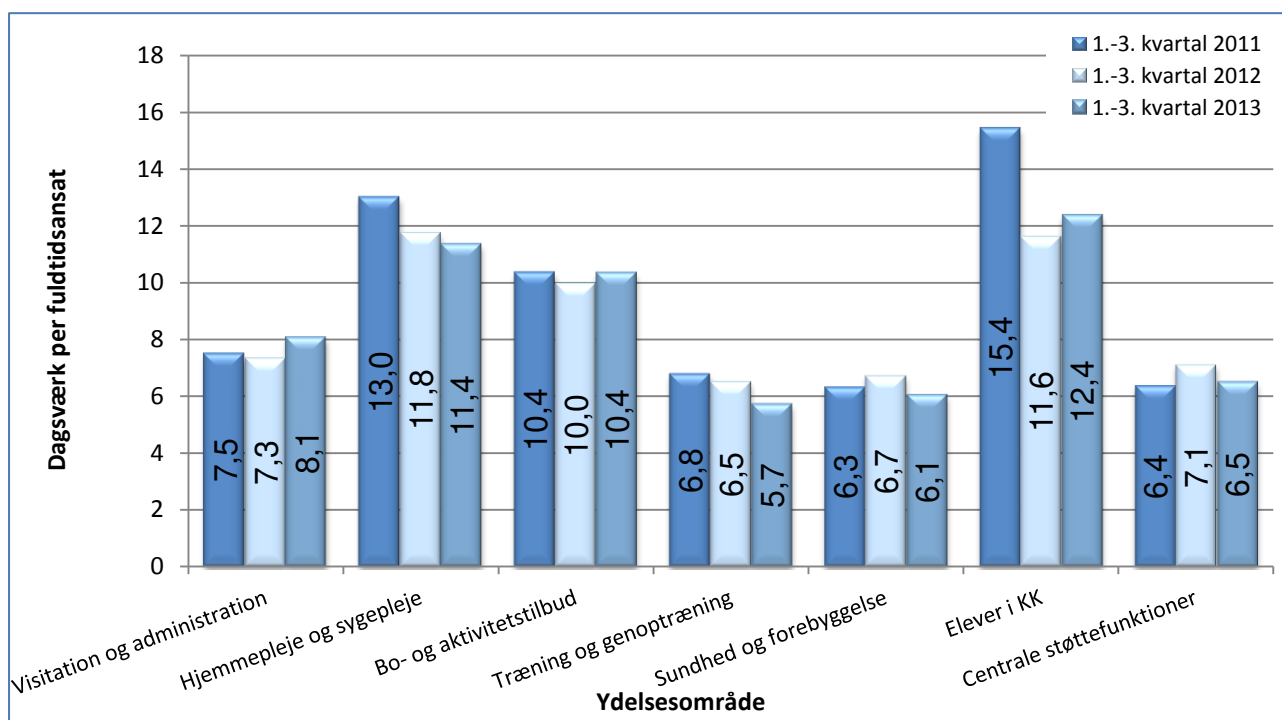


Forvaltningens samlede sygefravær var 10,4 fraværsdagsværk per fuldtidsansat i 1.-3. kvartal 2013. Det er et fald på 1,3 fraværsdagsværk siden samme periode i 2011, men en svag stigning på 0,1 fraværsdagsværk siden samme periode i 2012. Med den nuværende udvikling er det ikke sikkert, at forvaltningen kan opfylde målet for sygefraværet i 2013.

Sygefraværet for elever i Københavns Kommune var 12,4 fraværsdagsværk per elev i perioden 1.-3. kvartal 2013. Der er tale om et fald på 3 fraværsdagsværk siden 1.-3. kvartal 2011, men en stigning på 0,8 fraværsdagsværk sammenlignet med perioden 1.-3. kvartal 2012. Det er dermed meget tvivlsomt, om forvaltningen kan opfylde målet for elevernes sygefravær i 2013.

### Figur 7 – Sygefravær fordelt på ydelsesområde

Figur 7 viser antal sygefraværsdagsværk per fuldtidsansat i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fordelt på de enkelte ydelsesområder.



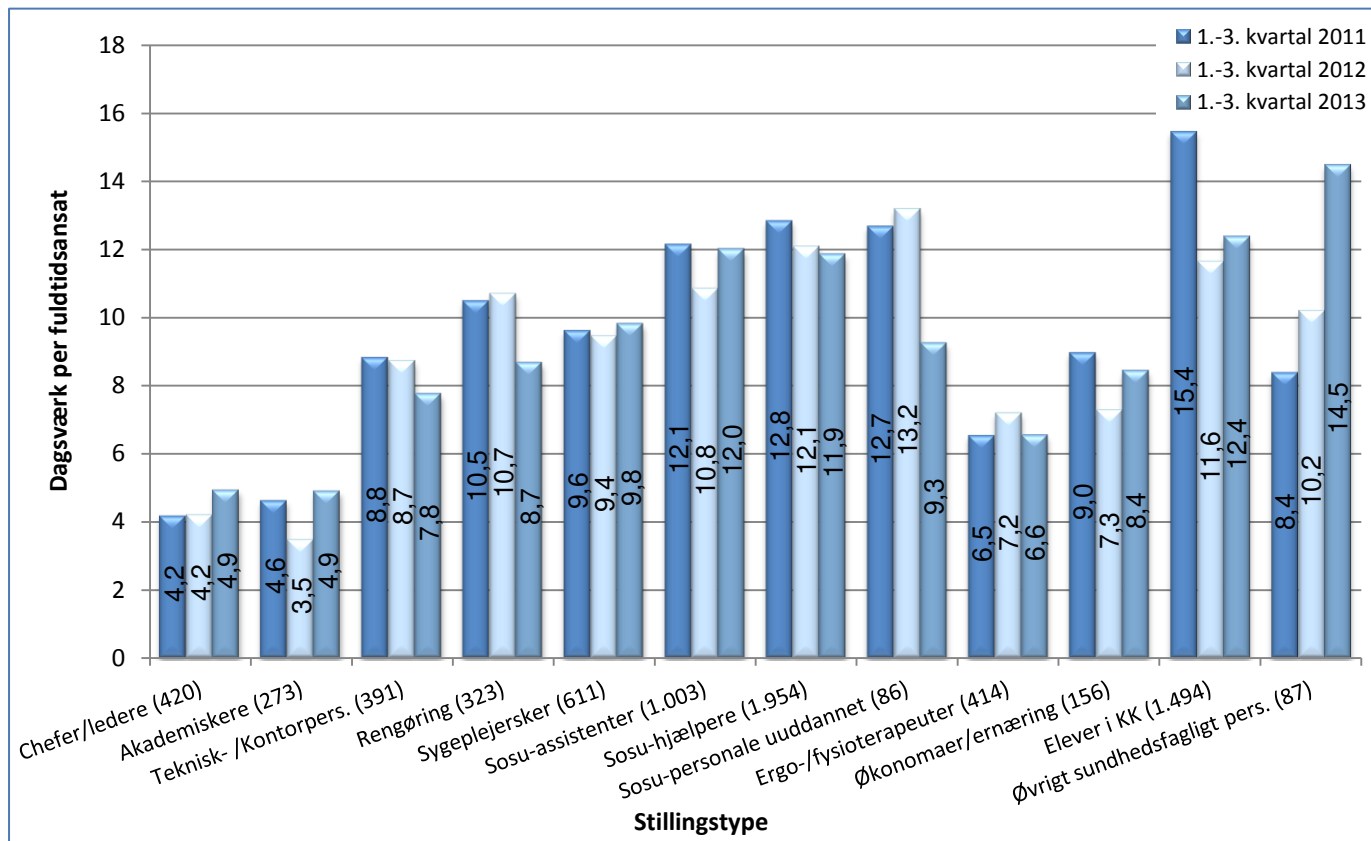
Kilde: Rubin

Note: Kategorien "Elever i KK" indeholder alle elever i Københavns Kommune - også inden Sundheds- og Omsorgsforvaltningen overtog administrationen af alle elever i Københavns Kommune den 1. sep. 2012.

Der ses relativt store forskelle på tværs af ydelsesområderne. For hjemmepleje og sygepleje og træning og genoptræning er sygefraværet faldet markant i fra 1.-3. kvartal 2011 til 1.-3. kvartal 2013, mens sygefraværet i samme periode er steget for visitation og administration. På de øvrige områder ses mindre fald eller stigninger i perioden.

## Figur 8 – Sygefravær fordelt på stillingstype

Figur 8 viser antal sygefraværsdagsværk per fuldtidsansat i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fordelt på stillingstyper. Af parenteserne fremgår det, hvor mange medarbejdere der er i de enkelte grupper.



Kilde: Rubin

Note: Kategorien "Elever i KK" indeholder alle elever i Københavns Kommune - også inden Sundheds- og Omsorgsforvaltningen overtog administrationen af alle elever i Københavns Kommune den 1. sep. 2012.

Som det ses af figuren, er der en stor variation i sygefravær på tværs af stillingstyper. Chefer/ledere og akademiske medarbejdere har det laveste sygefravær med 4,9 dagsværk per fuldtidsansat i 1.-3. kvartal 2013. For den største medarbejdergruppe, sosu-hjælperne, er sygefraværet faldet fra 12,8 dagsværk per fuldtidsansat i 1.-3. kvartal 2011 til 11,9 dagsværk per fuldtidsansat i 1.-3. kvartal 2013. For både sygeplejersker og sosu-assistentter er sygefraværet faldet fra 2011 til 2012, men steget igen i 2013.

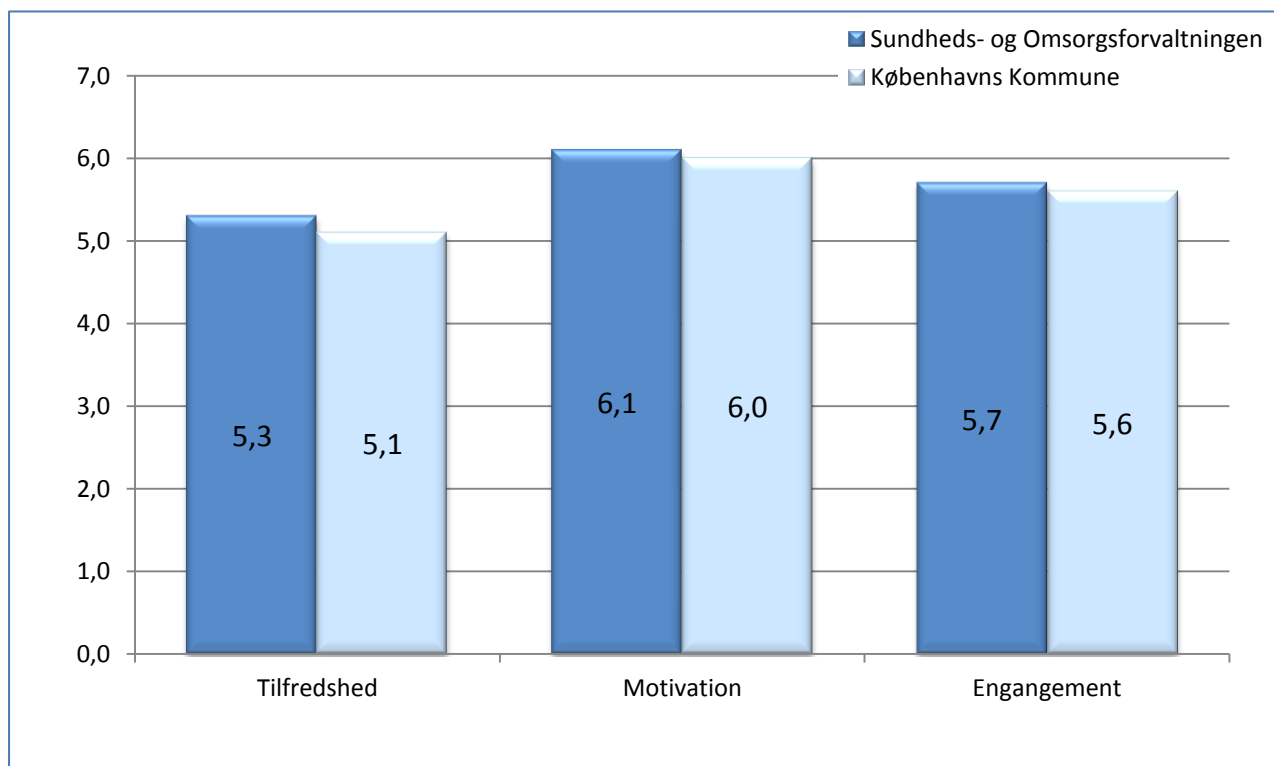
Det højeste sygefravær ses for gruppen af 'Øvrigt sundhedsfagligt personale', hvor sygefraværet er steget markant fra 8,4 dagsværk per fuldtidsansat i 1.-3. kvartal 2011 til 14,5 dagsværk per fuldtidsansat i samme periode 2013. Det er dog værd at bemærke, at der blot indgår 87 medarbejdere i gruppen, hvorved relativt få sygemeldte vil give anledning til et stort udsving i tallene.

I foråret 2013 blev der gennemført en trivselsundersøgelse blandt alle fastansatte medarbejdere i Københavns Kommune. På udvalgsmødet d. 16. maj 2013 blev udvalget præsenteret for resultaterne af trivselsundersøgelsen. Som en del af temaet om sygefravær og arbejdsmiljø inddrages trivselsundersøgelsen og opfølgningen på undersøgelsen i det føl-

gende. Først præsenteres det, hvordan SUF scorede på undersøgelsens tre overordnede temaer om tilfredshed, motivation og engagement. Derefter sættes dette resultat i sammenhæng med sygefraværet. Til sidst beskrives det, hvordan forvaltningen arbejder med sygefravær, arbejdsmiljø og trivsel.

### Figur 9 – Trivselsindeks opgjort for SUF og hele Københavns Kommune

Figur 9 viser resultaterne fra trivselsmålingen 2013 for de tre overordnede temaer tilfredshed, motivation og engagement for SUF og Københavns Kommune som helhed



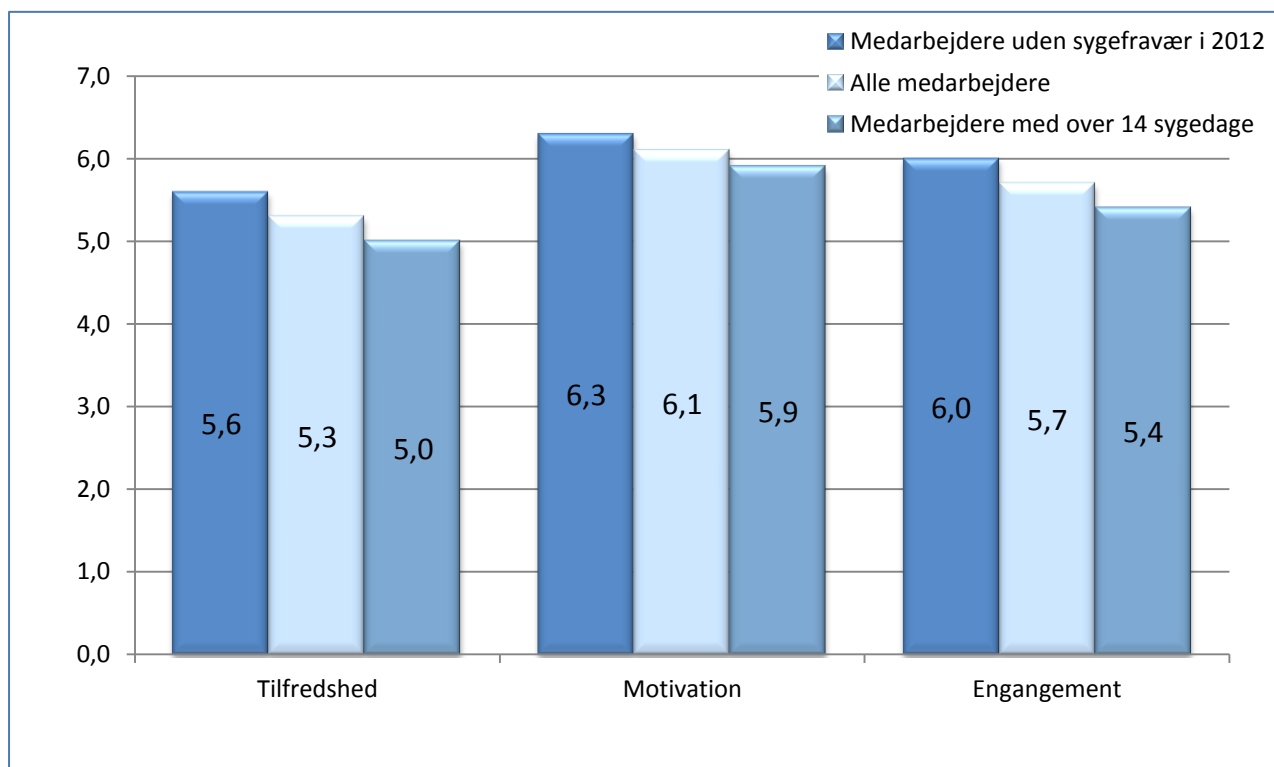
Kilde: Københavns Kommune: Trivsel 2013 – En analyse af sammenhængen mellem trivsel og sygefravær. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. (Udarbejdet af Ennova A/S).

Trivselsundersøgelsen 2013 viser generelt rigtig pæne resultater i SUF. Resultaterne af de tre overordnede temaer i undersøgelsen: Tilfredshed, Motivation og Engagement befinder sig enten i feltet ”højt” eller ”meget højt”. SUF’s trivselsresultater på alle tre temaer er højere end Københavns Kommunes resultater samlet set. Det skyldes ikke mindst besvarelser på f.eks. spørgsmål om tilfredshed med jobbet som helhed, samt på spørgsmålet om at være villig til at yde en ekstra indsats, hvis det er nødvendigt.

SUFs svarprocent på trivselsundersøgelsen endte i 2013 på 83 %, hvilket er væsentlig højere end i 2010, hvor svarprocenten var 75 %. Svarprocenten for Københavns Kommune var på 77 % i 2013.

### Figur 10 – Trivselsindeks opgjort for medarbejdere uden sygefravær, for samtlige medarbejdere og for de medarbejdere med mest sygefravær

Som opfølgning på Trivselsundersøgelsen 2013 blev der foretaget enkelte samkøringer af sygefraværsopgørelserne og resultaterne fra trivselsundersøgelsen. Heri indgår også en sammenligning af trivslen blandt medarbejdere, der ikke har haft sygedage i 2012 med et gennemsnit for alle medarbejdere i SUF og med medarbejdere med højt sygefravær.



Kilde: Københavns Kommune: Sygefravær og Trivsel 2013 – En analyse af sammenhængen mellem trivsel og sygefravær. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. (Udarbejdet af Ennova A/S).

Figuren ovenfor viser trivselsindekset for de tre overordnede temaer, der var i trivselsundersøgelsen: Tilfredshed, Motivation og Engagement. Der er kun tale om mindre forskelle i trivselsindeksene på de tre områder, når man sammenligner medarbejdere uden sygefravær med samtlige medarbejdere i SUF, men tendensen er den samme, nemlig at trivslen er lidt højere på alle tre områder for medarbejderne uden sygefravær end for medarbejderne generelt i SUF. Sammenligner man medarbejderne uden sygefravær med medarbejderne med længst sygefravær (over 14 dage), bliver forskellen mere markant.

## Status på forvaltningens arbejde med sygefravær, arbejdsmiljø og trivsel

I SUF arbejdes der på flere felter med trivsel og sygefravær. En erfaring er, at der ikke kun er én metode, der virker i forhold til at øge trivslen og sænke sygefravær, men at der er brug for forskellige tiltag. Af særlige tiltag kan nævnes:

### Indsatser i hele SUF

#### Lokalområderne

Lokalområdekantorerne følger udviklingen i enhedernes sygefravær og foretager konkret opfølgning i forhold til højt sygefravær. Af særlige tiltag kan nævnes fokus på tillid, retfærdighed og samarbejde (social kapital), fokus på medarbejdere uden sygefravær, sundhed, motion, konceptet 1-5-14 om sygefraværssamtaler, ledersparring, læringsgrupper om sygefravær for gruppeledere, kompetenceudvikling og den gode introduktion af nye medarbejdere.

#### Min Lederside

Alle decentrale ledere har adgang til en side (Min Lederside), hvor lederen blandt andet kan følge udviklingen i sygefraværet i sin enhed, se hvornår udviklingen er kritisk og få et overblik over, hvem der skal indkaldes til sygefraværssamtale. De aktuelle data skal desuden bruges som fælles udgangspunkt for den løbende dialog i ledelseskæden om den lokale indsats på fraværsområdet.

#### Tidlig Indsats/ Sygefravær og Forebyggelse (SYFO)

Tidlig Indsats er et tilbud til medarbejdere og ledere ved fravær og mistrivsel. Medarbejdere kan blandt andet få et afklaringsforløb hos en fysioterapeut og samtaler hos en psykolog. Ledere kan få sparring og inspiration til vanskelige problemstillinger og beslutninger i arbejdet med fravær.

#### Håndtering af langtidssygefravær

I arbejdet med at reducere sygefraværet oplever mange ledere et dilemma mellem på den ene side at have fokus på at opfylde måltallet for sygefraværet og levere en ordentlig løsning af kerneopgaven i forhold til borgeren og på den anden side hensynet til rummelighed på arbejdspladsen. Det gælder ikke mindst i forhold til medarbejdere med livstruende sygdomme, stress, depression samt fysisk nedslidning efter mange års ansættelse på arbejdspladsen. Lederen skal både være den omsorgsfulde over for den sygemeldte og samtidig sikre at arbejdspladsen fungerer og at kerneydelsen til borgeren udføres med høj kvalitet. Som støtte til lederne har forvaltningen udarbejdet en guide om lederens ansvar for håndtering af langtidssygefravær. Men problemstillingen er et tilbagevendende dilemma for forvaltningens ledere.

### Indsatser i dele af SUF

Den Opsøgende Indsats (Task Force) over for arbejdspladser med særligt højt sygefravær  
Københavns Kommunes fælles Task Force i forbindelse med særlig højt sygefravær på den enkelte arbejdsplads startede i sommeren 2013. Otte enheder fra SUF deltager i et forløb, der strækker sig hen over efteråret 2013. Indsatsen gennemføres af Arbejdsmiljø København og Sygefravær og Forebyggelse (SYFO).

### Projekt Holdbart Arbejdsliv

For at forebygge nedslidning, tidlig aldring og øget sygefravær er der igangsat et treårigt projekt om målrettet fysisk træning i arbejdstiden. Projektet omfatter alle plejehjem i VKV lokalområde. Projektet er for alle ansatte, men den primære målgruppe er de 450 sosu-medarbejdere og 60 køkken/rengøringsmedarbejdere. Det er Arbejdsmiljø København, der gennemfører projektet. Evalueringen af første fase viser, at ud af 94 adspurgte medarbejdere meldte over halvdelen om færre smerter i nakke og lidt under halvdelen om færre smerter i ryggen. Evalueringen peger også på, at der skal sætte fokus på, hvordan man bedst tilrettelægger træningen, så alle medarbejdere får mulighed for at deltage.

### Projekt Social Kapital (tillid, retfærdighed og samarbejde)

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og SUF har indgået et samarbejde om et forskningsprojekt om social kapital i den kommunale hjemmepleje, sygeplejeenheder, visitation og træningscentre. Forskerne vil undersøge, hvordan man skaber social kapital, og hvordan det påvirker trivsel, helbred, effektivitet og sygefravær. Fire ud af fem lokalområder deltager i projektet.

### Rengøringsprojekt

Som en del af SUFs indsats indenfor jobrotation holdes der rengøringsfaglige kurser for rengøringsmedarbejderne på plejehjem i forvaltningen. Det overordnede tema er "Pas på dig selv og andre", og specielt dimensionen omkring Pas på dig selv er relevant i forhold til at nedbringe sygefraværet. Rengøringsmedarbejderne undervises her bl.a. i ergonomi, og hvordan man undgår at blive smittet og sprede smitte.

### Elever

Efter en længere periode med fald i elevernes fravær er fraværet hos denne gruppe ansatte stigende. En af årsagerne til det stigende fravær kan skyldes, at der optages flere ikke-uddannelsesparate elever på sosu-uddannelsen som følge af den høje dimensionering og de lave adgangskrav.

SUF har udarbejdet en fraværshandleplan, hvor målet er at mindske det høje og stigende fravær for elevgruppen, primært mens eleverne er i praktik, men også når de er på skoleforløbene. Sosu-hjælpereleverne er den største elevgruppe og samtidig den med det højeste fravær. Derfor har SUF siden 2011 holdt samtaler med de elever, som på det første 8-ugers teoriforløb har haft 3 eller flere fraværperioder. Da fraværet for eleverne er begyndt at stige igen i 2013, er indsatsen intensiveret.

SUF har desuden i et samarbejde mellem Region Hovedstaden, øvrige kommuner og SOSU skolerne i regionen taget initiativ til en fælles fraværsaftale for social- og sundheds-elever. Det indebærer, at skolerne forpligter sig til at holde samtale med de elever, der har tre fraværperioder på skolen, samt at følge op på samtalerne.

### **Forvaltningens opfølgning på Trivselsundersøgelsen 2013**

I SUF følges der op på trivselsundersøgelsen både på de enkelte arbejdspladser samt via centrale opfølgingsinitiativer, blandt andet igangsat af forvaltningens MED-udvalg (SUF MED).

De lokale opfølgingsindsatser på trivselsundersøgelsen tilrettelægges på de enkelte arbejdspladser og tager udgangspunkt i arbejdspladsernes egne prioriteringer. Arbejdspladsernes trivselsresultater drøftes af ledelse og medarbejdere og i de lokale MED-udvalg.

SUF MED har drøftet trivselsundersøgelsens resultater med særlig fokus på mobning, konflikter og skænderier, idet 11 % af de ansatte i SUF har angivet, at de føler sig mobbet. Mange arbejdspladser melder tilbage, at det er vanskeligt at følge op på den del af trivselsundersøgelsen. SUF MED har på den baggrund besluttet at iværksætte centrale initiativer, der dels kan give arbejdspladserne nogle redskaber til det videre arbejde med mobning, konflikter og skænderier, dels styrke den enkelte, der føler sig mobbet, til at sige fra eller sige det til sin leder, tillids-/arbejds miljørepræsentant eller til SYFO. På den baggrund er der udarbejdet følgende:

- En dilemmafilm, som arbejdspladserne kan tage afsæt i og snakke om mobning og konflikter ud fra. Som supplement til filmen er der udarbejdet et samtaleark, som kan hjælpe til at sætte gang i diskussionerne, fx på et personalemøde.
- En handlingsfilm, der anviser en række handlemuligheder, hvis man oplever at blive mobbet eller er vidne til mobning. En pjecesupplerer filmen med konkrete råd og kontaktoplysninger.
- Et dialogteater om mobning, der involverer tilskuerne i, hvordan mobning kan løses, og hvordan man bryder tavsheden om mobning. Dialogteateret kan rekvireres af en enkelt arbejdsplads eller grupper af arbejdspladser, der ønsker at arbejde målrettet med mobning.

Derudover har SUF MED i drøftelserne af trivselsundersøgelsens resultater haft fokus på de fysiske rammer. På den baggrund har SUF MED besluttet at udarbejde en kortlægning af problemstillinger vedr. de fysiske rammer i SUF. Målet med kortlægningen er at skabe et samlet overblik over problemstillingerne og de generelle mønstre i den samlede organisation, herunder pege på de steder hvor enhederne selv kan afhjælpe problemerne, og pege på de områder hvor der er behov for støtte. Kortlægningen vil danne grundlag for en videre tilrettelæggelse og prioritering af arbejdet med de fysiske rammer i SUF.

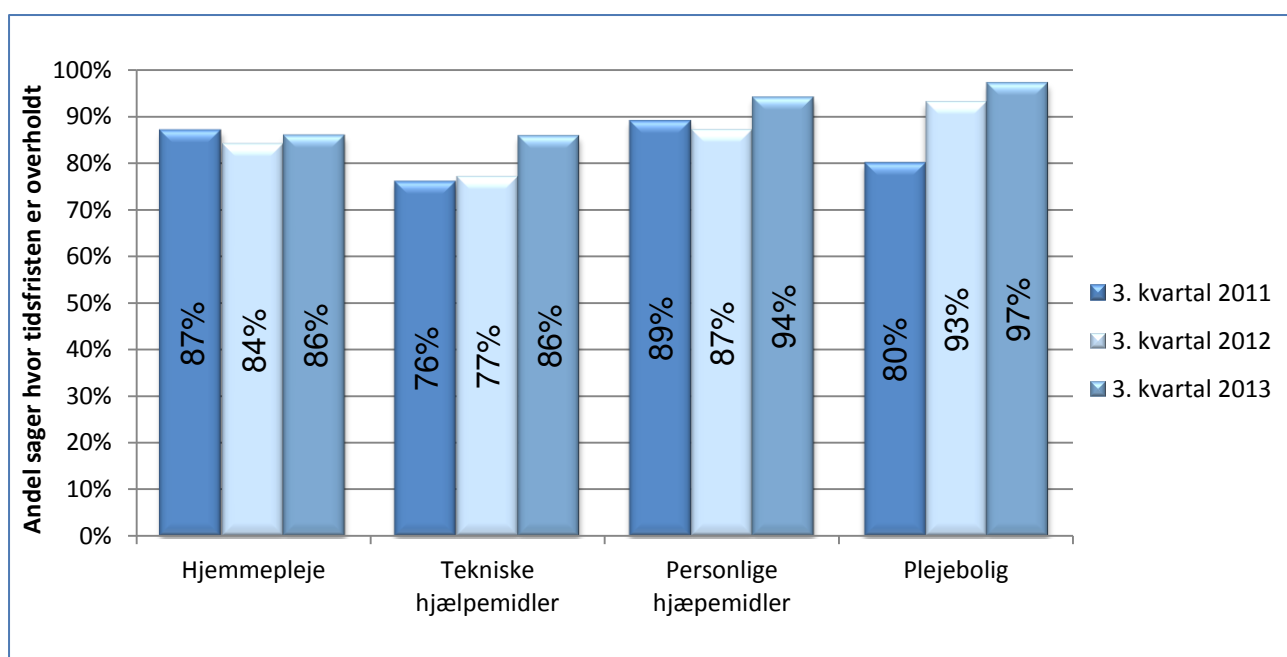
## KAPITEL 4: SAGSBEHANDLING TIL TIDEN

Kapitlet indeholder oplysninger om sagsbehandlingstider på områderne hjemmepleje, plejebolig og hjælpemidler samt 4-ugersgarantien for tildeling af plejebolig.

### Figur 11 – Sagsbehandlingstider

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt, at sagsbehandlingsfristerne for hjemmepleje (personlig pleje og praktisk hjælp) er 5 arbejdsdage. For tekniske og personlige hjælpemidler er sagsbehandlingsfristen 4 uger, medmindre sagen involverer 3. part, i så fald er sagsbehandlingstiden fastsat til 8 uger. For udskiftning af personlige hjælpemidler er sagsbehandlingsfristen 1 uge. For ansøgning om plejebolig er sagsbehandlingsfristen 21 hverdage. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har fastlagt et mål om, at sagsbehandlingsfristerne skal overholdes i mindst 80 % af sagerne (jf. anbefaling i vejledning til retssikkerhedsloven).

Figur 11 viser andelen af sager, der er blevet behandlet inden for sagsbehandlingsfristerne på de enkelte områder.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS og KOS2), indberetninger fra lokalområdekontorer og Hjælpemiddelcentret

På alle fire områder er der sket en stigning i andelen af sager, der er behandlet rettidigt. I 3. kvartal 2013 blev der behandlet 1.804 sager vedrørende hjemmepleje, hvor 86 % af sagerne blev behandlet inden for sagsbehandlingsfristen på 5 arbejdsdage.

Der blev i 3. kvartal 2013 behandlet 1.819 sager vedrørende tekniske hjælpemidler og 2.226 sager vedrørende personlige hjælpemidler. 86 % af sagerne om tekniske hjælpemidler og 94 % af sagerne om personlige hjælpemidler blev behandlet inden for sagsbehandlingsfristerne. For tekniske hjælpemidler er der således sket en stigning på 8 %-point siden 2. kvartal 2011, mens der for personlige hjælpemidler er sket en stigning på 5 %-point.



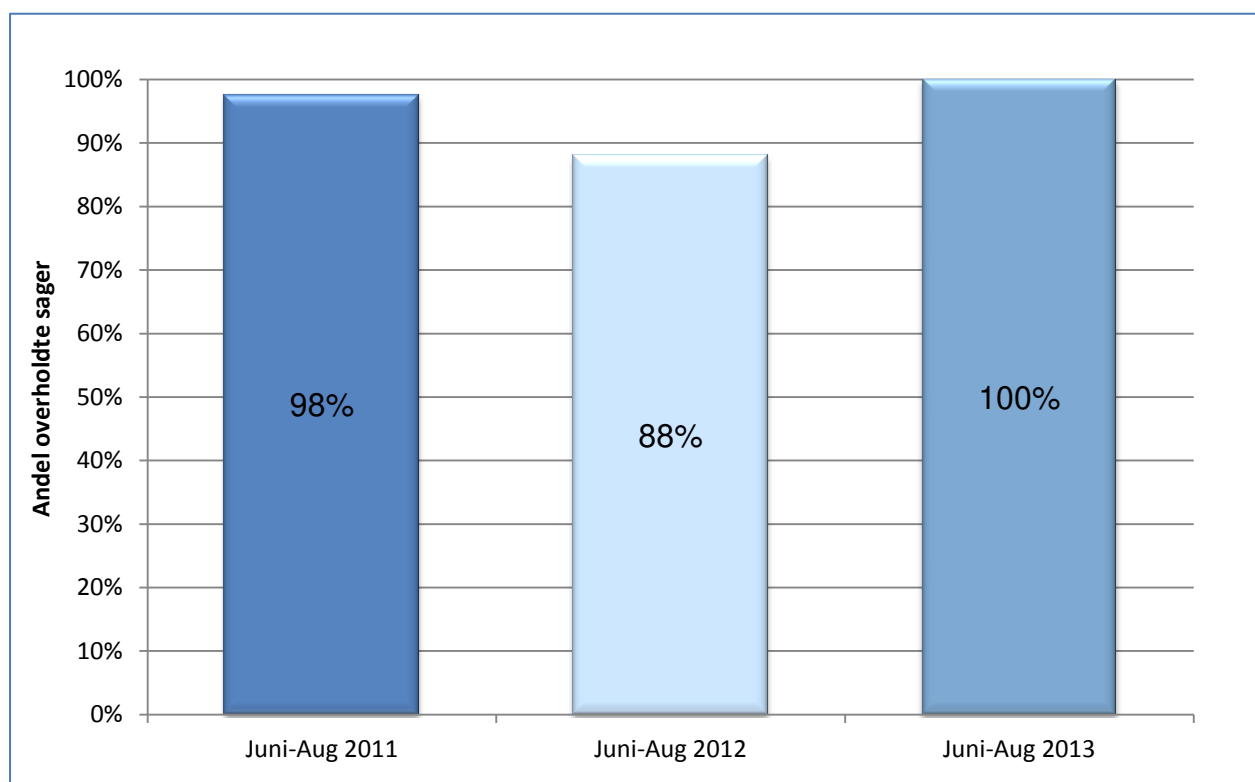
På plejeboligområdet blev 97 % af de 103 sager vedrørende plejebolig behandlet inden for sagsbehandlingsfristen på 21 hverdage. Der er tale om en væsentlig stigning fra 80 % i 3. kvartal 2011 til 97 % i 3. kvartal 2013.

Forvaltningen indfrier dermed målsætningen om, at mindst 80 % af sagerne behandles inden for tidsfristerne i 3. kvartal 2013.

#### Figur 12 – 4-ugersgarantien for plejeboliger

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.

Figur 12 viser udviklingen i andelen af godkendte ansøgere, der er blevet tildelt en plejebolig inden for fire uger.



Fra juni-august 2013 var 141 ansøgere omfattet af 4-ugersgarantien. Som det ses af figuren, modtog alle godkendte borgere et tilbud om bolig inden for 4 uger. Det er udtryk for en markant forbedring sammenlignet med den tilsvarende periode i 2012, hvor 88 % af ansøgerne modtog et tilbud om en bolig inden for 4 uger.

Udviklingen er et udtryk for, at der i 2012 var færre plejehjemspladser til rådighed, idet der som et led i moderniseringsplanen var lukket ned for en del plejehjem, mens de nye plejehjem endnu ikke var åbnet. Selv i de tilfælde, hvor 4 ugers garantien ikke har været over-

holdt, har der været tale om overskridelser på ganske få dage. Det vil kunne ske, selv når der er plejeboliger nok, fordi borgers individuelle forhold kan tilsige, at det er bedre at vente et par dage ekstra på det helt rigtige tilbud, end at få et tilbud til tiden.

## KAPITEL 5: BEDRE FOREBYGGELSE OG BEHANDLING

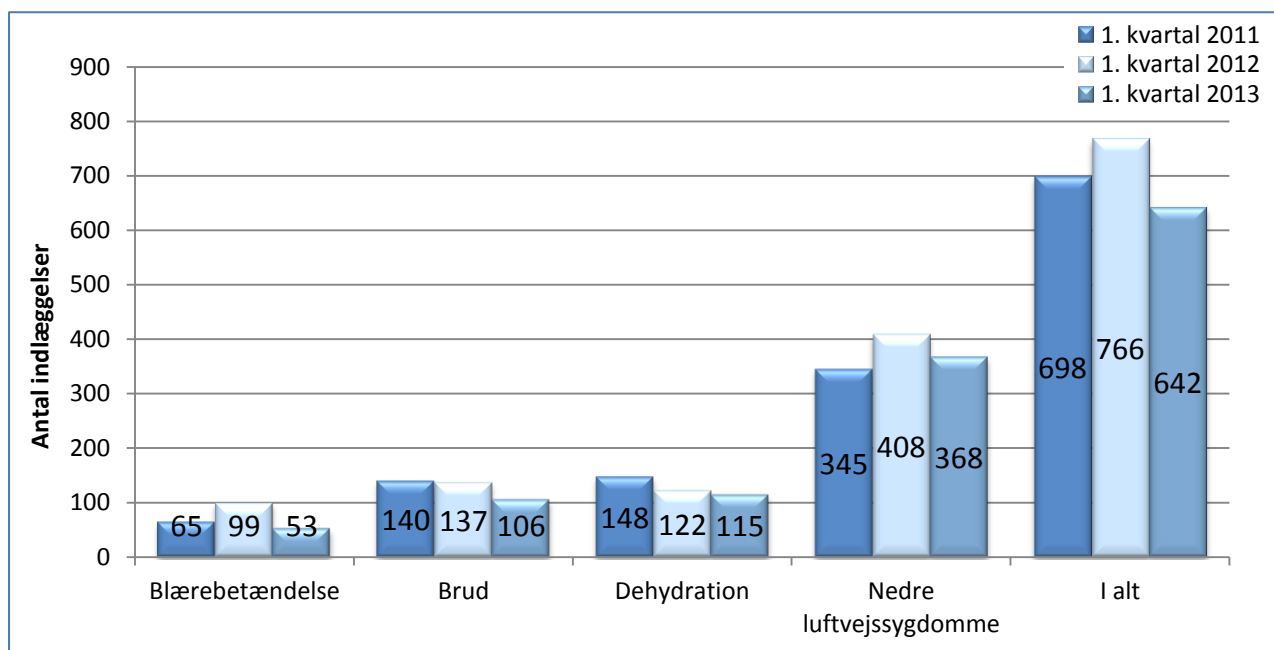
Sundheds- og Omsorgsudvalget bad ved gennemgangen af kvartalsrapporten for 2. kvartal 2013 om, at sundhedsområdet fik lidt større vægt i de kommende kvartalsrapporter. De politisk fastsatte mål, der findes på sundhedsområdet, indgår i sundhedspolitikken Længe Leve København, og omfatter mål om københavnernes sundhedsadfærd generelt (fx. at andelen af voksne med røgfrit liv skal stige til 85 % i 2014). Disse mål vil blive afrapporteret når der foreligger resultater fra sundhedsprofilundersøgelsen 2014, men kan ikke opgøres løbende, da der ikke findes datagrundlag til dette. Der eksisterer imidlertid en række indikatorer i sundhedspolitikken, som ikke har status af politisk godkendte mål, men som kan sige noget om den løbende udvikling på sundhedsområdet. Kvartalsrapporten for 3. kvartal indeholder derfor data for indikatorerne forebyggelige indlæggelser, patientrettet og borgerrettet forebyggelse. Desuden indeholder kapitlet et tema om genoptræningsområdet, som ønsket af udvalget.

### 5.1: FOREBYGGELSE

#### Figur 13 – Forebyggelige indlæggelser

Tabellen viser antal indlæggelser på specifikke forebyggelige diagnoser af 65+-årige borgere, som bor i plejebolig, opholder sig på en midlertidig plads eller modtager hjemme- og sygepleje, dvs. borgere som er kendt af forvaltningen i forvejen. Indlæggelserne omfatter indlæggelser med diagnoserne blærebetændelse, brud, dehydrations og nedre luftvejs sygdomme. Indlæggelser med disse diagnoser kan potentielt forebygges ved en kommunal indsats. Det er en indikator i 'Længe Leve København', at antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser for 65+ årige borgere skal falde til 1.125 forebyggelige indlæggelser i 2014.

Forvaltningen anvender Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS) til opgørelse af indlæggelser med forebyggelige diagnoser. Data i KØS opdateres løbende som følge af efterregistreringer fra hospitalerne og opgørelserne af indlæggelser med forebyggelige diagnoser er derfor forsinket ét kvartal. På grund af skiftet til KOS2 i 2. kvartal 2013 kan der endnu ikke trækkes data for dette kvartal. De nyeste data for forebyggelige indlæggelser er derfor for 1. kvartal 2013.



Kilde: Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS).

Note: Der er på nuværende tidspunkt ikke muligt at trække tal for 2. og 3. kvartal 2013.

I 1. kvartal 2013 var der i alt 642 indlæggelser med forebyggelige diagnoser blandt borgere, der var kendt af forvaltningen inden indlæggelsen. 642 indlæggelser på ét kvartal svarer til ca. 2.500 indlæggelser på et år. På trods af at antallet af forebyggelige indlæggelser er faldet med 16 % sammenlignet med 1. kvartal 2012, er der således fortsat et stykke vej til at kunne indfri målsætningen om 1.125 forebyggelige indlæggelser i 2014.

Forvaltningen har løbende iværksat indsatser med henblik på at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser, men de hidtidige indsatser har vist sig ikke at være tilstrækkelige til at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser markant. Fra 2014 igangsætter forvaltningen en særlig indsats med fokus på tidlig opsporing målrettet både hjemmepleje og plejebolig. Der vil ske en fælles udrulning i hjemmeplejen og på plejeboligerne.

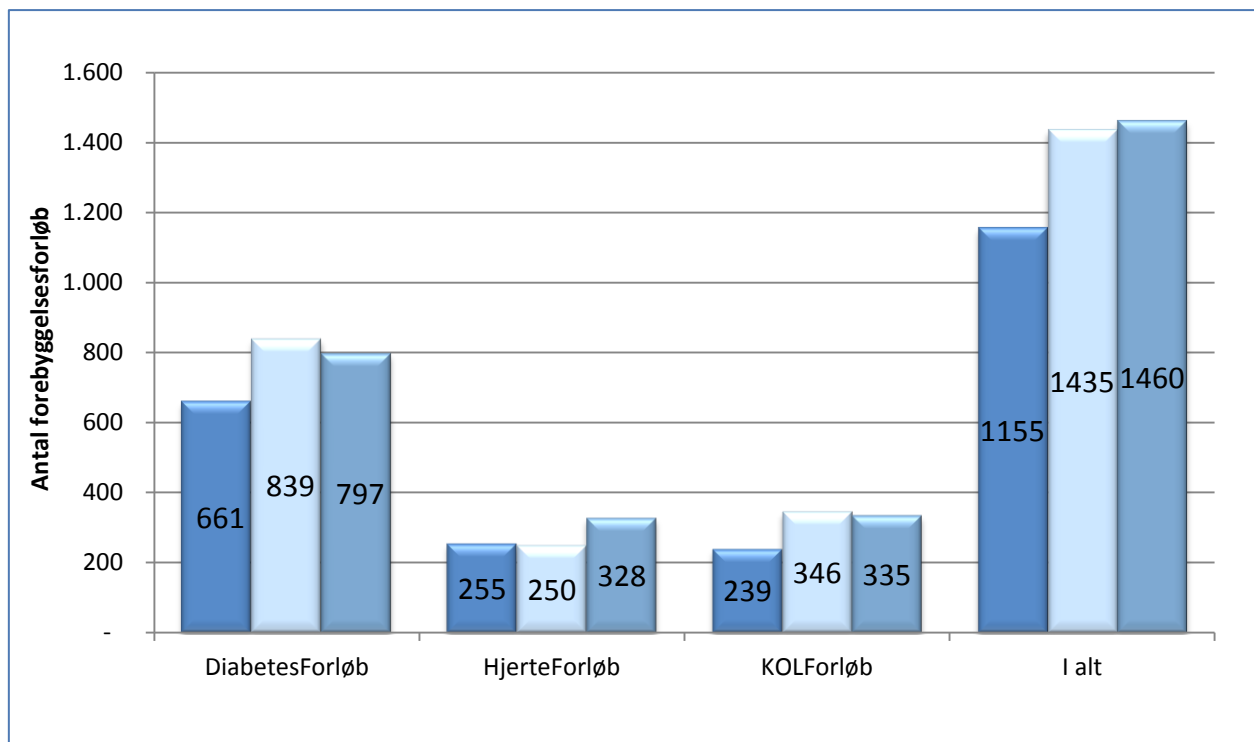
#### Figur 14 – Patientrettede forebyggelsesforløb

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.

Det er en indikator i 'Længe Leve København', at antallet af påbegyndte forebyggelsesfor-

løb stiger til 2.000 forløb årligt i 2014.

Figuren viser antal påbegyndte patientrettede forebyggelsesforløb i 1.-3. kvartal af hhv. 2011, 2012 og 2013.



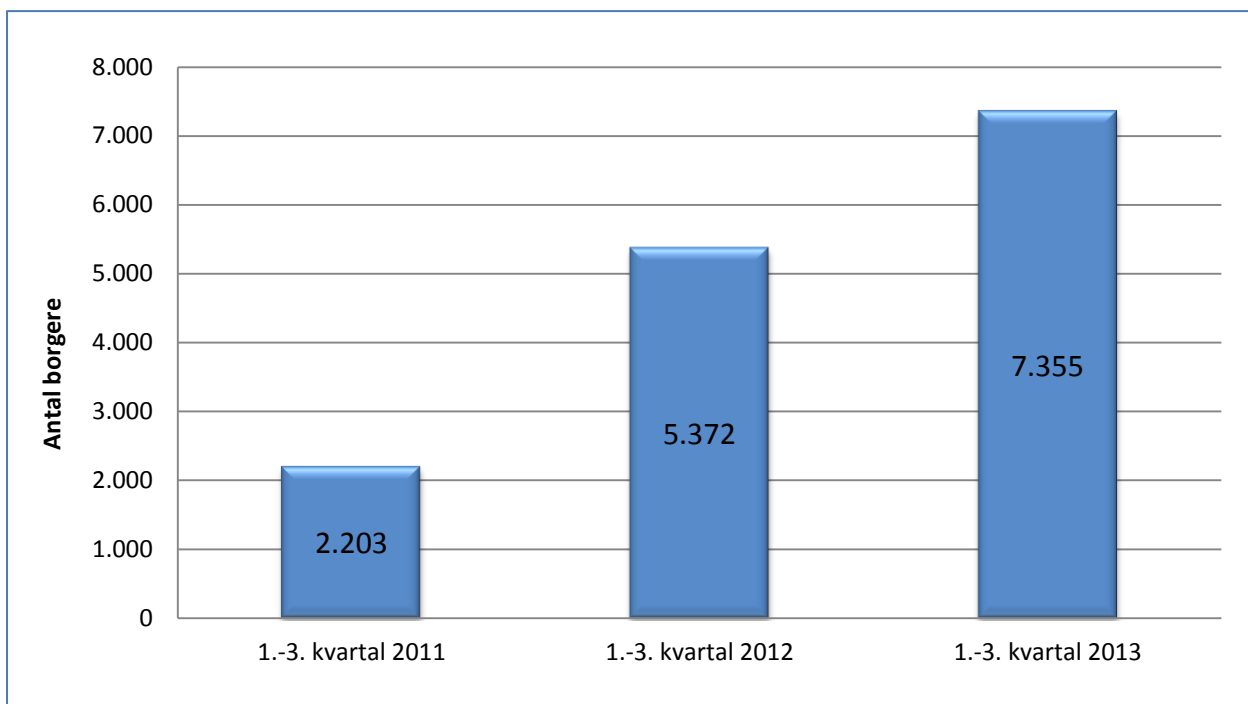
Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og Sundhedsportalen

I 1.-3. kvartal 2013 var der i alt 1.460 patientrettede forebyggelsesforløb. Med den nuværende udvikling ser det således ud til, at forvaltningen vil kunne indfri målet om 2.000 årlige forløb i 2014.

### Figur 15 – Borgerrettede forebyggelsesforløb

Det er en indikator i *Længe Leve København*, at 8.000 borgere i 2014 skal modtage forebyggelsestilbud vedrørende kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet. Tilbuddene omfatter etnisk sundhedsformidling, rygestopforløb, forløb vedrørende motion og kost i forebyggelsescenter, Motion XL-forløb, samtaler om sundhed og samtaler om alkohol.

Figuren viser det samlede antal borgere, som har deltaget i et borgerrettet forebyggelsesforløb i 1.-3. kvartal af henholdsvis 2011, 2012 og 2013.



IKilde: Indrapporteringer fra Forebyggelsescentrene

Note: For en række af indsatserne registreres antallet af forløb, mens det for andre af indsatserne er antallet af borgere, der har været igennem disse forløb, der registreres. For at kunne vurdere målopfyldelsen har forvaltningen omregnet antal forløb til antal borgere, der har deltaget i et forløb. En borger, som har deltaget i flere forskellige forløb i samme år, vil således tælle med flere gange.

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. Derfor er tallet i figuren for 2011 ikke fuldt sammenligneligt med tallene for 2012 og 2013.

I 1.-3. kvartal 2013 var der ca. 7.355 borgere, som modtog et forebyggelsestilbud vedrørende kost, fysisk aktivitet, rygning eller alkohol. Hvis niveauet fastholdes, vil forvaltningen således formodentlig kunne nå målet om 8.000 borgere i 2014.

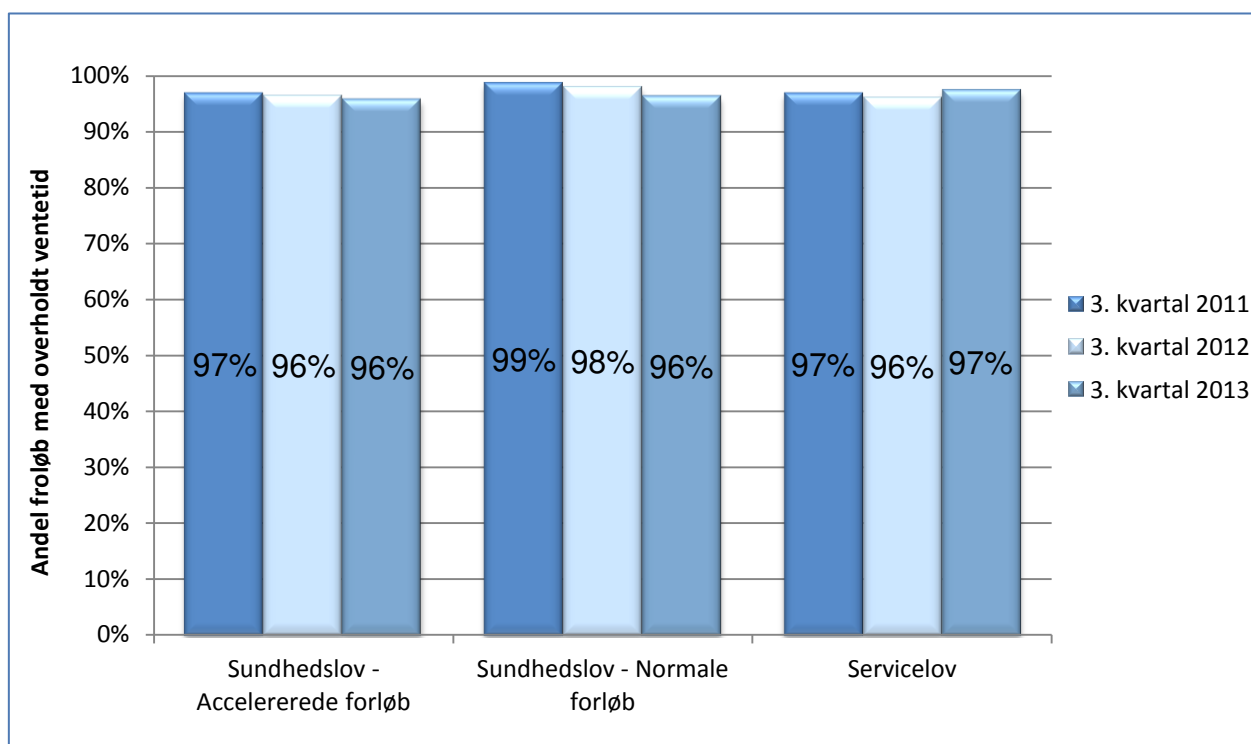
## 5.2: TEMA – GENOPTRÆNING

Sundheds- og Omsorgsudvalget har ønsket at denne kvartalsrapport indeholder et tema om genoptræning. I kapitel præsenteres tal for ventetider, udviklingen i antallet af genoptræningsplaner og almene træningsforløb samt resultater fra forvaltningens brugerundersøgelse på genoptræningsområdet i 2012.

### Figur 16 – Ventetider på genoptræning

Figur 13 viser andelen af genoptræningsforløb, 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 højest må gå 20 hverdage fra visitationen har modtaget en ansøgning til første aftale med et træningscenter.



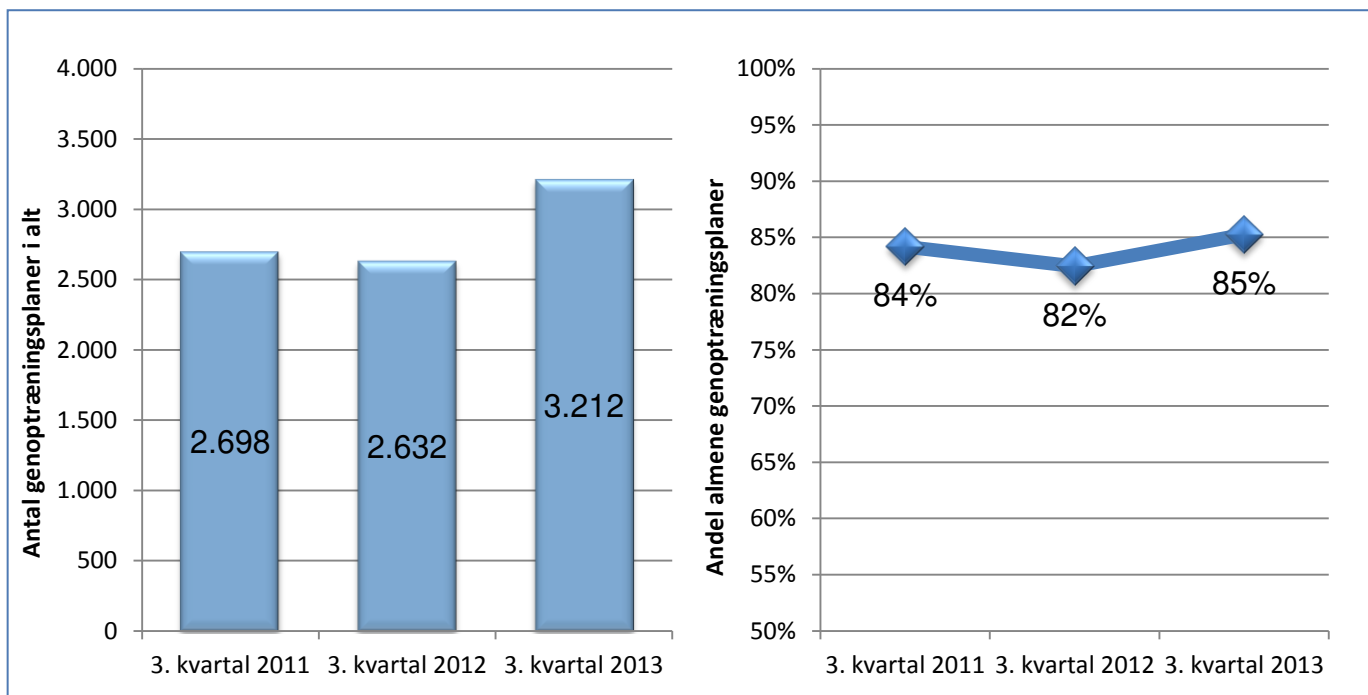
Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og Sundhedsportalen

Forvaltningen har i 3. kvartal 2013 stort set overholdt målene om ventetider på genoptræning. Ventetiden på både accelererede og normale genoptræningsforløb efter Sundhedsloven blev overholdt i 96 % af tilfældene. Ventetiden på genoptræningsforløb efter Serviceloven blev overholdt i 97 % af tilfældene.

## Figur 17 – 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)

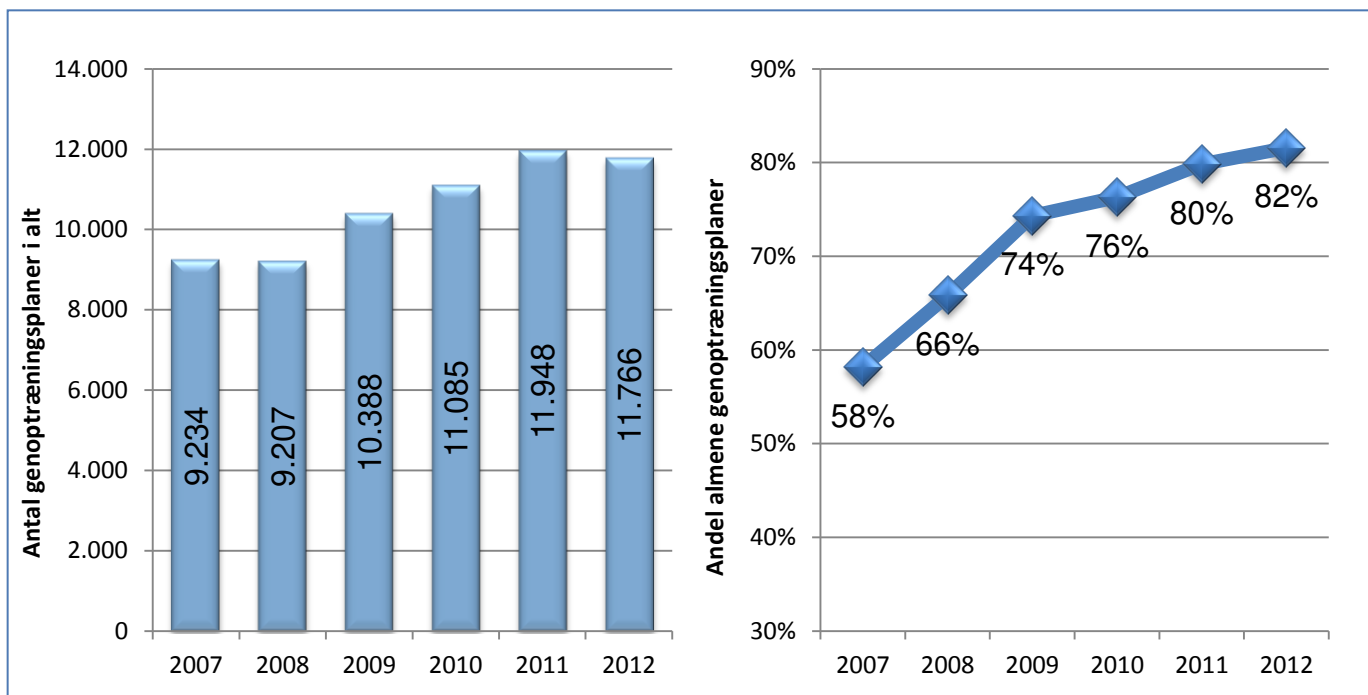
Det samlede antal genoptræningsplaner er steget fra 2.698 planer i 3. kvartal 2011 til 3.212 planer i 3. kvartal 2013 – en stigning på 19 %. Den kraftige stigning er sket fra 2012 til 2013. Det er ikke muligt for forvaltningen at forklare stigningen endnu, da der er begrænset adgang til data på grund af implementeringen af omsorgssystemet KOS 2.

Andelen af almene genoptræningsforløb, der varetages af kommunen, er steget fra 84 % i 3. kvartal 2011 til 85 % i 3. kvartal 2013. Forvaltningen arbejder løbende på at sikre, at andelen af genoptræningsforløb, der finder sted i kommunalt regi (almen genoptræning), er så høj som mulig.



## Figur 18 – Udvikling i genoptræningsplaner

For at få et længere perspektiv på udviklingen, vises i denne figur udviklingen i antallet af genoptræningsplaner og andelen af almene genoptræningsforløb i perioden 2007-2012.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Siden 2007 har der været en stigning i antallet af borgere, som skal modtage deres genoptræning i kommunen (almen genoptræning). Kommunen har ansvaret for omfang og indhold i genoptræningsforløbene og aktivitetsstigningen har bevirket, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i både 2011 og 2012 har måttet justere udvalgte genoptræningsforløb for at tilpasse økonomien til aktiviteten. Justeringen af genoptræningsforløbene har været med udgangspunkt i forløb med lav fremmedeprocent og har derfor haft begrænset betydning for set fra borgerperspektivet.

### Afbud og udeblivelser i genoptræningsforløbene

Det er en stor udfordring at fastholde borgerne i genoptræningsforløbene. I 2012 blev 17 % af de planlagte træningsgange aflyst, fordi borgeren enten meldte afbud eller udeblev. Der arbejdes med udfordringerne på mange fronter. Det har betydning for afbuds- og udeblivelsesprocenten, at borgeren har indflydelse på planlægning af sit genoptræningsforløb, fx hvornår på dagen de vil komme. Vi ved også fra pilotundersøgelser, at borgerne vil modtage deres træning i lokalområdet og at nogle vælger at benytte deres sundhedsforsikringer.

### Udvalgte resultater fra brugerundersøgelsen på genoptræningsområdet

I 2012 blev der i lighed med tidligere år gennemført brugerundersøgelser blandt brugere af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens tilbud. Sundheds- og Omsorgsudvalget blev præsenteret for resultaterne af brugerundersøgelserne på udvalgsmødet den 25. april 2013. Som en del af temaet om genoptræning præsenteres i dette afsnit udvalgte resultater fra

den brugerundersøgelse der blev gennemført blandt brugere, som i 2012 havde deltaget i et genoptræningsforløb på et af Københavns Kommunes genoptræningscentre. Brugerundersøgelsen viste blandt andet, at:

- Deltagerne i træningsforløb på Københavns Kommunes genoptræningscentre generelt er meget tilfredse med forløbene. Gennemsnitsscoren for brugernes overordnede tilfredshed med deres genoptræningsforløb er 85 på en skala fra 0-100, hvilket dækker over, at 87 % er tilfredse eller meget tilfredse, mens 6 % er utilfredse eller meget utilfredse.
- Med henblik på at finde frem til hvordan forvaltningen kan forbedre brugertilfredsheden med genoptræningen, er der gennemført en statistisk analyse, som viser, at tilfredsheden med selve træningen har størst betydning for den samlede tilfredshed med genoptræningsforløbet. Men at også graden af forventningsopfyldelse og brugernes oplevede udbytte af træningen har betydning for den samlede tilfredshed.
- Brugere er spurgt, hvorvidt genoptræningsforløbet har medvirket til, at de bedre kan klare de daglige gøremål, de gerne vil. Dette svarer 72 % bekræftende på.
- Brugere der er stoppet før tid, er spurgt, hvad årsagen hertil har været. Den største andel (37 %) angiver sygdom, indlæggelse eller for mange smerter som årsag. 14 % svarer, at de stoppede, fordi de ikke syntes, at de fik nok ud af træningen. Derudover oplyser 12 %, at de stoppede, fordi logistikken omkring træningen (transport, træningstidspunkter osv.) ikke passede dem.

## FIGUR- OG TABELOVERSIGT

Figur 1 – Brug af hverdagsrehabiliterende ydelser til praktiske opgaver .....	9
Figur 2 – Besøg i sygeplejeklinik .....	10
Figur 3 – Tidligere dialog og flytning til plejebolig .....	11
Figur 4 – Antal ventende færdigbehandlede patienter per dag .....	13
Figur 5 – Andel fastansatte mænd .....	14
Figur 6 – Sygefravær i SUF sammenlignet med Københavns Kommune .....	16
Figur 7 – Sygefravær fordelt på ydelsesområde .....	17
Figur 8 – Sygefravær fordelt på stillingstype .....	18
Figur 9 – Trivselsindeks opgjort for SUF og hele Københavns Kommune .....	19
Figur 10 – Trivselsindeks opgjort for medarbejdere uden sygefravær, for samtlige medarbejdere og for de medarbejdere med mest sygefravær .....	20
Figur 11 – Sagsbehandlingstider .....	24
Figur 12 – 4-ugersgarantien for plejeboliger .....	25
Figur 13 – Forebyggelige indlæggelser .....	27
Figur 14 – Patientrettede forebyggelsesforløb .....	28
Figur 15 – Borgerrettede forebyggelsesforløb .....	29
Figur 16 – Ventetider på genoptræning .....	31
Figur 17 – Genoptræningsplaner .....	32
Figur 18 – Udvikling i genoptræningsplaner .....	33
Tabel 1 – Ventedage efter færdigbehandling .....	12

**KØBENHAVNS KOMMUNE**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Center for Kvalitet og Sammenhæng

Sjællandsgade 40

2200 København N

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

Kontaktperson: Linda Klubben

Telefon: 3530 4511

E-mail: [yr51@suf.kk.dk](mailto:yr51@suf.kk.dk)