

# KVARTALSRAPPORT 3. KVARTAL 2012

## FOR SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN



# INDHOLD

<b>KAPITEL 1: INDLEDNING .....</b>	<b>3</b>
<b>KAPITEL 2: RESUMÉ .....</b>	<b>4</b>
<b>KAPITEL 3: STATUS PÅ MEDICIN .....</b>	<b>10</b>
<b>KAPITEL 4: HJEMMEPLEJE.....</b>	<b>12</b>
4.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER.....	12
4.2: MODTAGERE AF HJEMMEPLEJE .....	13
4.3: ANTAL FORSKELLIGE HJÆLPERE I BORGERNES HJEM .....	18
<b>KAPITEL 5: SYGEPLEJE .....</b>	<b>20</b>
<b>KAPITEL 6: PLEJEBOLIGER.....</b>	<b>23</b>
6.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER.....	23
6.2: BEBOERE, DER BOR I PLEJEBOLIG.....	26
<b>KAPITEL 7: HJEMTAGNING, GENOPTRÆNING OG FOREBYGGELSE .....</b>	<b>27</b>
7.1: BORGERE, DER HJEMTAGES OG GENOPTRÆNES.....	27
7.2: BORGERE, DER MODTAGER FOREBYGGENDE TILBUD .....	32
7.3: FOREBYGGELSE OG FOREBYGGELSESCENTRENE.....	33
<b>KAPITEL 8: TILSYN OG KLAGER.....</b>	<b>37</b>
<b>KAPITEL 9: MEDARBEJDERE .....</b>	<b>42</b>
9.1: MEDARBEJDERE.....	42
9.2: SYGEFRAVÆR .....	44
9.3: FASTHOLDELSE.....	45
<b>APPENDIKS: BORGERE OG BRUGERE .....</b>	<b>47</b>
<b>FIGUR- OG TABELOVERSIGT .....</b>	<b>50</b>

## KAPITEL 1: INDLEDNING

Hensigten med *Kvartalsrapport 3. kvartal 2012* er at tegne et samlet billede af, hvordan 3. kvartal 2012 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 samt at give en status på medicinområdet.

Kvartalsrapporten har tidligere indeholdt særskilte statusbeskrivelser på aktiviteterne i Reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* og Sundhedspolitikken *Længe Leve København*. Af forenklingssyn er det besluttet, at status på Reformprogrammet fremover dels rapporteres som et årligt statusnotat, der behandles af Sundheds- og Omsorgsudvalget i starten af året og dels som en midtvejsstatus, der rapporteres i kvartalsrapporten for 2. kvartal. Status på sundhedspolitikken vil fremover afrapporteres i en fællesindstilling, der behandles i fagudvalgene i starten af året og derefter i Borgerrepræsentationen.

Rapporten er opbygget som følger:  
**Kapitel 2** indeholder et resumé af rapporten.

**Kapitel 3** indeholder en **status på medicin**.

I **Kapitlerne 4, 5 og 6** gennemgås forvaltningens tre største serviceområder, **hjemmepleje, sygepleje og plejeboliger**. Kapitlerne indeholder blandt andet oplysninger om sagsbehandlingstid og hvem der modtager ydelserne.

**Kapitel 7** sætter fokus på **hjemtagning** fra hospitalerne og **genoptræning**. Derudover indeholder kapitlet oplysninger om **forebyggende hjemmebesøg** samt **patientrettede og borgerrettede forløb**.

I **kapitel 8** beskrives forvaltningens **tilsyn** samt **klager** over forvaltningen.

I **kapitel 9** præsenteres nøgletal om **medarbejdere**, sygefravær og fastholdelse.

I de fleste tilfælde opgøres tallene for 3. kvartal 2010, 2011 og 2012, og som oftest sammenlignes tallene for 3. kvartal 2012 med 3. kvartal 2010 frem for 3. kvartal 2011 for at give et længere perspektiv på udviklingen.

God læselyst.

Sundheds- og Omsorgsborgmester

Ninna Thomsen

Konstitueret  
administrerende direktør

Anne Skovbro

## KAPITEL 2: RESUMÉ

### 1. Status på medicinområdet (kapitel 3)

Der blev i starten af 2012 etableret et program for basiskvaliteten i hjemme- og sygepleje – Kvalitetsprogrammet. Kvalitetsprogrammet arbejder målrettet med at forbedre medicin-håndteringen i hjemme- og sygeplejen og har fokus på *sikker medicin*. Der er i foråret 2012 gennemført en omfattende medicinaudit hos de ca. 3.500 borgere, der modtager medicin. I efteråret 2012 arbejdes med en række udviklingstiltag, der skal forebygge at nye fejl opstår. Der udvikles bl.a. en fælles bydækkende medicinvejledning, der arbejdes med at understøtte ro om medicinopgaven ved bl.a. at etablere et "virtuelt medicinrum" og der arbejdes med løbende kvalitetssikring i form af tillidsbaseret faglig ledelse og kvalitetsaudits. På plejeboligområdet sættes der i 2012 størst fokus på *rigtig medicin*, hvor der er indledt et samarbejde med apotekerne i kommunen om gennemgang af medicinen hos 2.000 borgere i plejebolig. Der er p.t. gennemført ca. 500 medicingennemgange, men projektet er indtil videre sat på pause, fordi der er opstået nogle uventede udfordringer i samarbejdet med de praktiserende læger.

### 2. Hjemmepleje (kapitel 4)

#### 2.a. Opfølgning på mål

Sagsbehandling: Målet er, at mindst 80% af alle sager skal behandles inden for sagsbehandlingsfristerne. Dette mål er overholdt for områderne personlig pleje, praktisk hjælp, madservice og personlige hjælpemidler i 3. kvartal 2012. For de tekniske hjælpemidler blev sagsbehandlingsfristerne overholdt i 77% af sagerne, hvilket er en svag stigning siden 2. kvartal 2012. Der er iværksat en særlig indsats for at nedbringe sagsbehandlingstiden for de tekniske hjælpemidler (figur 2).

Aktiverende ydelser: Sundheds- og Omsorgsudvalget har et mål om at borgere i stigende grad skal visiteres til aktiverende ydelser. I Sundhedspolitikken Længe Leve København er der opsat et mål om, at andelen af nyvisiterede borgere, der modtager aktiverende ydelser, skal stige til 20% i 2014. I 3. kvartal 2012 blev 18% af de nyvisiterede borgere visiteret til aktiverende ydelser, hvilket er en stigning på 13 %-point siden 3. kvartal 2010. Det er på tilsvarende vis en målsætning i Reformprogrammet Aktiv og Tryk Hele Livet, at alle, som modtager praktisk hjælp, skal trænes til at klare sig selv bedst muligt. Her viser data, at 7% af borgerne med praktisk hjælp modtog hverdagsrehabiliterende ydelser i 3. kvartal 2012. Dette er en stigning på 3%-point siden 1. kvartal 2012 (figur 6 og figur 7).

Forskellige hjælpere: Sundheds- og Omsorgsudvalget har besluttet, at to ud af tre hjemmeplejebesøg (66%) skal varetages af borgers primær eller sekundær hjælper hos borgere med op til 12 timers hjælp om ugen. I daghjemmeplejen blev 61% af besøgene leveret af primær eller sekundær hjælper i 3. kvartal 2012. Det tilsvarende tal for aftenhjemmeplejen var 63%. Andelen er steget 3%-point i daghjemmeplejen og faldet med 1%-point i aftenhjemmeplejen siden 3. kvartal 2010. Det vil formentlig fortsat være vanskeligt at opfylde målet fremover, men der kan måske opnås en forbedring af målopfyldelsen, når faste teams er fuldt implementeret ved udgangen af 2012 (figur 8 og figur 9).

## **2.b. Øvrige konklusioner**

**Besøg i hjemmeplejen:** Fra 3. kvartal 2010 til 3. kvartal 2012 er antallet af leverede besøg og antal brugere i den kommunale hjemmepleje faldet med henholdsvis 13% og 18% (figur 3).

**Private leverandører:** Andelen af visiterede timer til borgere, der har valgt privat hjemmeplejeleverandør, er steget til 28% for praktisk hjælp og 13% for personlig pleje i 3. kvartal 2012 mod henholdsvis 25% og 9% i 3. kvartal 2010 (figur 4).

**Plejetyngde:** Af de 9.711 borgere, der i 3. kvartal 2012 modtog hjemmepleje, fik 69% mindre end to timers hjælp om ugen eller modtog udelukkende tøjvask, turkøb, indkøb og/eller madservice. 6% af hjemmeplejemodtagerne modtog 12 eller flere timers hjælp om ugen. Borgernes fordeling på plejetyngde er stort set uændret i forhold til de foregående år (figur 5).

## **3. Sygepleje (kapitel 5)**

### **3.a. Opfølgning på mål**

**Sygeplejeklinikker:** Sundheds- og Omsorgsforvaltningens mål er, at 90% af de borgere, der fysisk og psykisk er i stand til at møde op på sygeplejeklinik, skal modtage sygepleje på klinik. Ultimo 3. kvartal 2012 modtog 43% af borgerne i målgruppen sygepleje på en sygeplejeklinik mod 28% ultimo 3. kvartal 2010. Udviklingen går dermed i den rigtige retning, med der er stadig langt til målet. Forvaltningen arbejder målrettet for at øge antallet af borgere i sygeplejeklinikkerne. Sygeplejekoordinatorerne gennemgår således jævnligt borgere med sygepleje med henblik på at øge andelen af borgere, der får sygepleje i klinik og nye borgere vurderes altid i forhold til sygeplejeklinik ved tildeling af ydelserne (figur 12).

### **3.b. Øvrige konklusioner**

**Besøg:** Antallet af borgere, der modtager sygepleje, er faldet med 5% fra 3. kvartal 2010 til 3. kvartal 2012. I samme periode er antallet af besøg i sygeplejen stort set uændret (figur 10).

**Sygeplejeydelser:** Hovedparten (44%) af de visiterede timer til sygepleje består af ydelser i kategorien 'medicinhåndtering'. De næststørste ydelser i kategorier er 'undersøgelse og behandling' (27%) og 'sårbehandling' (16%) (figur 11).

## **4. Plejeboliger (kapitel 6)**

### **4.a. Opfølgning på mål**

**Sagsbehandling:** Målet er, at mindst 80% af alle sager behandles indenfor sagsbehandlingsfristerne, og at alle borgere får tilbud om en bolig inden for fire uger. I 3. kvartal 2012 blev 88% af sagerne om ansøgning til plejebolig behandlet inden for fristen og målet er således opnået. Fire-ugersgarantien blev overholdt i 84% af sagerne i 3. kvartal 2012. Dette er 13%-point lavere end i 3. kvartal 2010. Der var 21 ansøgere, som ikke fik svar inden for fire uger, men næsten alle disse borgere fik tilbudt bolig efter højst 35 dage. Der har i 3. kvartal 2012 været ekstra pres på plejeboligpladserne, fordi en del plejeboligheder er lukket ned i forbindelse med moderniseringsplanen (figur 14).

Tidligere dialog og flytning til plejebolig: Det er et mål i Reformprogrammet Aktiv og Tryk Hele Livet, at svage ældre skal flytte tidligere i plejebolig. Ultimo 3. kvartal 2012 var 26% af borgere med mere end 12 timers hjælp om ugen blevet godkendt til plejebolig. Denne andel har ligget på et nogenlunde stabilt niveau siden 3. kvartal 2010. Visitationen har fokus på at få de borgere, der har et stort plejebæhov, motiveret til at søge plejebolig, men som nævnt ovenfor giver moderniseringsplanen et større pres på plejeboligerne på nuværende tidspunkt (figur 15).

#### **4.b. Øvrige konklusioner**

Beboere: Antallet af beboere i plejebolig er faldet med 7% fra 3. kvartal 2010 til 3. kvartal 2012. Antallet af beboere på midlertidige døgnpladser er i samme periode faldet med 3% (figur 16).

### **5. Hjemtagning, genoptræning og forebyggelse (kapitel 7)**

#### **5.a. Opfølgning på mål**

Sundhedsaftalen: Ifølge Sundhedsaftale 2011-2014 skal Københavns Kommune hjemtage færdigbehandlede borgere fra hospital hurtigst muligt og senest 14 dage efter færdigbehandling. I 3. kvartal 2012 var der 12 ud af 314 ventende borgere, svarende til 4%, som ventede mere end 14 dage på hjemtagning. Til sammenligning ventede 14 borgere mere end 14 dage i 3. kvartal 2010. Forvaltningen er således tæt på at opfylde Sundhedsaftalens mål (tabel 1).

Ventende 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. I 3. kvartal 2012 var der 34 ventende patienter pr. dag, hvilket er en stigning fra 25 patienter i 3. kvartal 2010. Kommunen lever derved ikke op til målsætningen. Forklaringen på stigningen er bl.a., som beskrevet ovenfor, at moderniseringsplanen giver et større pres på plejeboligpladserne, hvilket også giver en afsmittende effekt på de midlertidige pladser, hvor borgerne bl.a., hjemtages til. Det er en stor udfordring for kommunen at få nedbragt antallet af færdigbehandlede på hospitalerne. Stort set alle de borgere, der opholder sig på hospitalet efter at de er færdigbehandlede, venter på at få en rehabiliteringsplads, fordi det vurderes, at de ikke umiddelbart vil kunne klare sig i hjemmet, selv med massiv støtte og hjælp fra kommunen. Der skal arbejdes med dette på flere fronter. Det skal overvejes, om hjælpen i hjemmet kan tilrettelægges, således at flere borgere vil kunne klare sig i hjemmet, og det skal overvejes, om kapaciteten på rehabiliteringspladserne kan anvendes mere effektivt og om antallet af pladser tilsvarende behovet. (figur 17).

Forebyggelige indlæggelser: Det er et mål i Sundhedspolitikken Længe Leve København, at antallet af forebyggelige indlæggelser af 65+ årige borgere skal falde til 1.125 indlæggelser om året i 2014. I 1. halvår 2012 var der 1.382 forebyggelige indlæggelser af 65+ årige borgere, hvilket er en stigning på 5% siden 1. halvår 2011. Der er således et stykke vej til at kunne indfri målsætningen om 1.125 indlæggelser om året i 2014. Der er iværksat en række forskellige indsatser med henblik på at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser, herunder modeller for samarbejde mellem hospitaler, praktiserende læger og forvaltningen. Det forventes dog ikke, at indsatserne kan nå at påvirke antallet af forebyg-

gelige indlæggelser i 2012, da der går lidt tid inden effekterne i form af færre indlæggelser kan opnås (figur 18).

Ventetider på genoptræning: I 3. kvartal 2012 blev målene på ventetid på genoptræning efter Sundhedsloven overholdt i 98% af de normale forløb og i 96% af de accelererede forløb. For genoptræning efter Serviceloven blev målet for ventetid overholdt i 96% af forløbene (figur 19).

Forebyggende hjemmebesøg: Ifølge Serviceloven skal alle hjemmeboende borgere over 75 år tilbydes mindst ét årligt forebyggende hjemmebesøg. I 3. kvartal 2012 modtog 95% hjemmeboende borgere et rettidigt tilbud, hvilket er en stigning fra 89% i 3. kvartal 2010 (figur 21).

Patientrettede forløb: Det er et mål i Længe Leve København, at 2.000 københavnere med kroniske sygdomme i 2014 skal modtage forebyggelsesforløb. Samlet set modtog 1.430 kronisk syge borgere et patientrettet forebyggelsesforløb i 1.-3. kvartal 2012, hvilket tyder på, at forvaltningen allerede i 2012 vil komme tæt på målet for 2014 (figur 22).

Telemedicin: Det er et mål i Længe Leve København, at antallet af borgere med sår og KOL, som understøttes af telemedicin, skal stige til 800 borgere i alt i 2014. Efter 1.-3. kvartal 2012 er der 202 borgere, som har modtaget telemedicinsk understøttelse. Der forventes en stigning i antallet af borgere, der modtager telemedicinsk understøttelse i de kommende år, og forvaltningen forventer ind til videre at kunne nå målet på 800 borgere i 2014 (figur 23).

Borgerrettede forløb: Det er et mål i Længe Leve København, at 8.000 borgere i 2014 skal modtage forebyggelsestilbud vedrørende kost, rygning, alkohol eller fysisk aktivitet. I 1.-3. kvartal 2012 var der i alt 5.372 borgere, som modtog et forebyggelsestilbud vedrørende kost, fysisk aktivitet, rygning og alkohol. Forvaltningen vil således formodentlig kunne nå målet på 8.000 borgere i 2014 (figur 24).

Rygestopsamtaler: Det er et mål i Længe Leve København, at andelen af rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere via STOPLINIEN skal stige fra 33% i 2011 til 40% i 2014. I 1.-3. kvartal 2012 var 54% af alle rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere. Målet for 2014 er således opfyldt i 1.-3. kvartal 2012 (figur 25).

### **5.b. Øvrige konklusioner**

Genoptræningsplaner: Det samlede antal genoptræningsplaner er steget med 5% fra 3. kvartal 2010 til 3. kvartal 2012. Samtidig er andelen af genoptræningsforløb, der varetages af kommunen, steget fra 77% i 3. kvartal 2010 til 82% i 3. kvartal 2012 (figur 20).

## **6. Tilsyn og klager (kapitel 8)**

### **6.a. Opfølgning på mål**

Kommunale tilsyn – hjemmepleje og sygepleje: Ifølge Københavns Kommunes kvalitetsmål må ingen plejeboliger eller hjemmeplejeenheder gå igennem et kalenderår uden at blive godkendt ved tilsynet. Målet er ind til videre opfyldt, idet alle leverandører, der har modtaget et tilsyn, er blevet godkendt eller godkendt med mangler i 1.-3. kvartal 2012. Sy-

geplejen Nørrebro blev ikke godkendt ved tilsyn i april 2012, men er efterfølgende blevet godkendt i det samlede tilsyn med Bispebjerg/Nørrebro (tabel 2 og tabel 3).

Kommunale tilsyn - plejeboliger: Der er i 1.-3. kvartal 2012 gennemført og afrapporteret 30 kommunale uanmeldte tilsyn med plejeboligenheder. Alle 30 tilsyn blev godkendt eller godkendt med mangler. Derved er målet indtil videre opfyldt (tabel 4).

### **6.b. Øvrige konklusioner**

Embedslægetilsyn: Embedslægerne har gennemført og afrapporteret 17 tilsynsbesøg på københavnske plejeboligenheder i 1.-3. kvartal 2012. De 15 tilsyn er vurderet i en af de tre bedste ud af fem kategorier, mens 2 tilsyn blev vurderet i kategori 4 (alvorlige fejl og mangler). For de 2 plejeboligenheder er der udarbejdet handleplaner og iværksat massive indsatser, som understøttes af konsulentbistand fra lokalområdet (tabel 5).

Klager: Forvaltningen har i 1.-3. kvartal 2012 færdigbehandlet 156 klagesager, hvilket svarer til ca. 6,7 klagesager per 1.000 modtagere i forvaltningen. Antallet af klagesager er steget siden 1.-3. kvartal 2011, hvor der var 5,5 klagesag per 1.000 modtagere. Stigningen i antal klager skyldes bl.a. at flere borgere har klaget over hverdagsrehabilitering, der blev indført i kvalitetsstandarderne i 2012. I 26% af klagerne blev der givet medhold i mindst ét af klagetemaerne (tabel 6).

## **7. Medarbejdere (kapitel 9)**

### **7.a. Opfølgning på mål**

Andel mænd: Det er et mål i Reformprogrammet Aktiv og Tryk Hele Livet, at 20% af de fastansatte medarbejdere skal være mænd i 2015. Andelen af fastansatte mænd i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen var 15,3% i 3. kvartal 2012, hvilket er en lille stigning på 0,3%-point siden 3. kvartal 2010. Forvaltningen har iværksat en række indsatser for at øge andelen af mænd (figur 26).

Sygefravær: Borgerrepræsentationen har besluttet, at alle forvaltninger skal nedbringe sygefraværet med én dag per fastansat medarbejder per år med udgangspunkt i 2009. Forvaltningens sygefravær var 3,7 kalenderdage per fastansat medarbejder i 3. kvartal 2012, hvilket er et fald på 0,4 kalenderdage siden 3. kvartal 2010. Med den nuværende udvikling vil forvaltningen opfylde målet om et sygefravær på maksimalt 17,6 dage per medarbejder i 2012 (figur 27).

Fastholdelsesrate: Reformprogrammet Aktiv og Tryk Hele Livet indeholder et mål for 2015 om, at 80% af nye medarbejdere fortsat er ansat ét år efter ansættelsen. Den samlede fastholdelsesrate for nyansatte medarbejdere ansat i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen mellem 1. oktober 2010 og 30. september 2011 udgjorde 79%. Dvs. at 79% af de nyansatte medarbejdere i ikke-tidsbegrænsede stillinger fortsat var ansat ved udgangen af deres første år. Det politiske mål for 2015 er derfor stort set opfyldt (figur 28).

### **7.b. Øvrige konklusioner**

Ansatte: I 3. kvartal 2012 havde forvaltningen 9.126 fastansatte medarbejdere eksklusiv elever, hvilket svarer til 7.973 fuldtidsstillinger. I forhold til 3. kvartal 2010 er antallet af fastansatte (opgjort i fuldtidsstillinger) faldet med 7%, og antallet af timelønnede (opgjort i



fuldtidsstillinger) er faldet med 2%. Samlet set er antal fuldtidsstillinger for medarbejdere med direkte brugertid faldet med 4% mens antal fuldtidsstillinger for medarbejdere med indirekte brugertid er faldet med 9% (tabel 7).

## KAPITEL 3: STATUS PÅ MEDICIN

Kapitlet indeholder en status for forvaltningens aktiviteter på medicinområdet. Aktiviteterne er igangsat både i hjemme- og sygeplejen samt på plejeboligheder. Aktiviteterne retter sig både mod sikker medicinhandling (at borgerne får den medicin, der er ordineret) og rigtig medicinering (at borgerens samlede medicin er tilpasset den aktuelle sundhedstilstand).

Sundheds- og Omsorgsudvalget har i Reformprogrammet *Aktiv & Tryk Hele Livet* formuleret en række konkrete og ambitiøse politiske mål for kvaliteten i Københavns Kommunes hjemme- og sygepleje. Et af målene er, at der fra 2015 ikke må forekomme fejl i medicinhandlingen. I 2011 blev der i forbindelse med tilsyn og audits afdækket alvorlige kvalitetsbrist netop i hjemme- og sygeplejen.

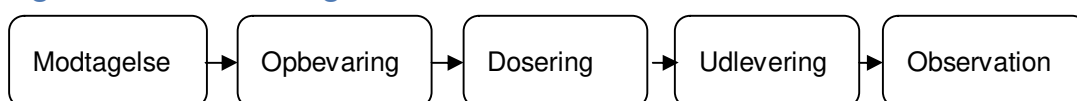
Den samlede konklusion ved udgangen af 2011 var, at der var behov for en særlig indsats i 2012. Derfor blev der 1. februar 2012 etableret et program for basiskvaliteten i hjemme- og sygeplejen (Kvalitetsprogrammet). Formålet med programmet er at bane vejen for, at hjemme- og sygeplejen i fremtiden kan leve op til de kvalitetsmål, som er formuleret fra politisk hold.

På nuværende tidspunkt har samtlige kommunale hjemme- og sygeplejeenheder et godkendt tilsyn, som deres seneste tilsynsresultat (se tabel 2 og tabel 3).

### Bydækkende indsats – hjemme- og sygepleje

Kvalitetsprogrammet arbejder målrettet med at forbedre medicinhandlingen i hjemme- og sygeplejen. Programmets aktiviteter for *sikker medicin* retter sig mod hele 'kæden' i medicinhandlingen, og er delt i to: En medicin-audit, der skaber grundlaget for at få rettet op på en række eksisterende brist (gennemført i april-maj 2012) samt udviklingstiltag, der forebygger at nye fejl/brist opstår.

### Figur 1 – Medicineringskæden



Kvalitetsprogrammets udviklingstiltag på medicinområdet kan samles under følgende overskrifter:

- **Fælles bydækkende medicinvejledning**, der har fokus på hele medicinkæden og giver medarbejdere og ledere i sygeplejen et konkret arbejdsredskab til at kvalitets-sikre medicinydelserne.
- **Ro om medicinopgaven**. Kvalitetsprogrammet udvikler rammerne omkring medicinopgaven og afprøver i tæt samarbejde med lokalområderne indsatser, der kan understøtte ro om medicinopgaven. Det handler bl.a. om at udvikle et 'virtuelt medicinrum', at have særligt fokus på opstart af nye borgere samt at afprøve og udvikle 'dokumentation på farten', hvor medarbejdere dokumenterer på bærbare computere i borgerens hjem.

- **Sikker konvertering af medicinområdet fra KOSI til KOS2.**
- **Løbende kvalitetssikring** af medicinområdet gennem fokus på tillidsbaseret faglig ledelse og kvalitetsaudit.

### **Bydækkende indsats – plejeboliger**

I forhold til plejebolighederne sættes der i 2012 størst fokus på **rigtig** medicin.

#### Medicingennemgang ved klinisk farmaceut

Der er indledt et samarbejde med apotekerne i kommunen om at kliniske farmaceuter skal gennemgå medicinen hos 2.000 borgere i plejeboliger i 2012.

Medicingennemgangen foretages med henblik på at identificere lægemiddelrelaterede problemer såsom bivirkninger, interaktioner, uhensigtsmæssig medicinering eller overmedicinering. Medicingennemgangen foregår i tæt samarbejde med plejepersonalet. Resultaterne af medicingennemgangene drøftes med borgernes egen læge med henblik på at ændre og justere borgerens medicin.

Der er indtil videre gennemført ca. 500 medicingennemgange. Projektet er indtil videre sat på pause, fordi der er opstået nogle uventede udfordringer i samarbejdet med de praktiserende læger.

Der arbejdes samtidig i regi af *Kvalitetsprogrammet* med en **fælles bydækkende medicinvejledning**, der har fokus på hele medicinkæden og giver medarbejdere og ledere på plejebolighederne et konkret arbejdsredskab til at kvalitetssikre medicinydelserne.

## KAPITEL 4: HJEMMEPLEJE

Dette kapitel indeholder oplysninger om sagsbehandlingstid for hjemmeplejeydelser, hvem der modtager hjemmepleje, hvor meget hjælp brugerne modtager og 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 og turkøb.

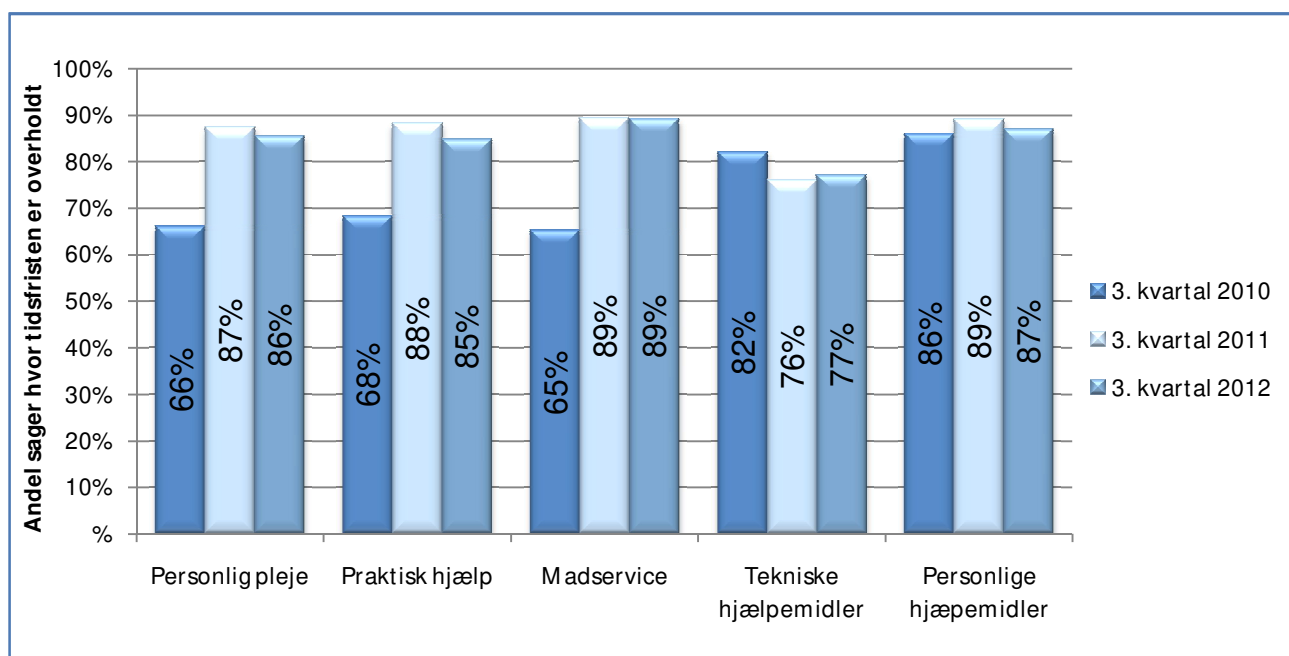
### 4.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER

#### Figur 2 – 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 3. kvartal 2012 blev der behandlet 916 sager vedrørende hjemmepleje og madservice. 86% af sagerne om personlig pleje, 85% af sagerne om praktisk hjælp og 89% af sagerne om madservice blev behandlet inden for sagsbehandlingsfristen på 5 arbejdsdage. Andelen af sager, der er behandlet inden for sagsbehandlingstidsfristen, er steget med omkring 20%-point fra 3. kvartal 2010 til 3. kvartal 2012.

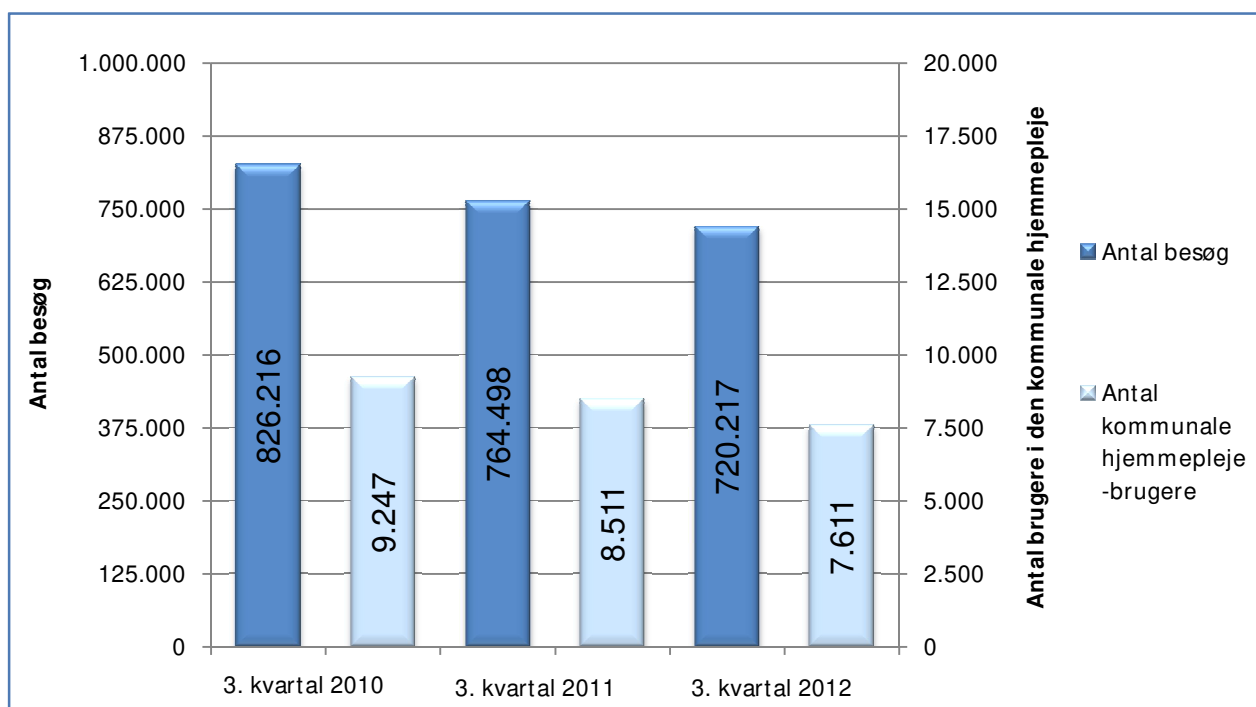
Der blev i 3. kvartal 2012 behandlet 5.469 sager vedrørende hjælpemidler. 77% af sagerne om tekniske hjælpemidler og 87% af sagerne om personlige hjælpemidler blev behandlet inden for sagsbehandlingsfristerne. For tekniske hjælpemidler er der således sket et fald på 5%-point siden 3. kvartal 2010, mens der for personlige hjælpemidler er sket en mindre stigning på 1%-point.

Forvaltningen indfrier dermed målsætningen om at mindst 80% af sagerne behandles inden for tidsfristerne, bortset fra sagsbehandlingsfristen for tekniske hjælpemidler. Der er iværksat en særlig indsats for at nedbringe sagsbehandlingstiden på dette område.

## 4.2: MODTAGERE AF HJEMMEPLEJE

### Figur 3 – Kommunale hjemmeplejebesøg og hjemmeplejeburere

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



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.

Fra 3. kvartal 2010 til 3. kvartal 2012 er antallet af leverede besøg og antal brugere i den kommunale hjemmepleje faldet med henholdsvis 13% og 18%.

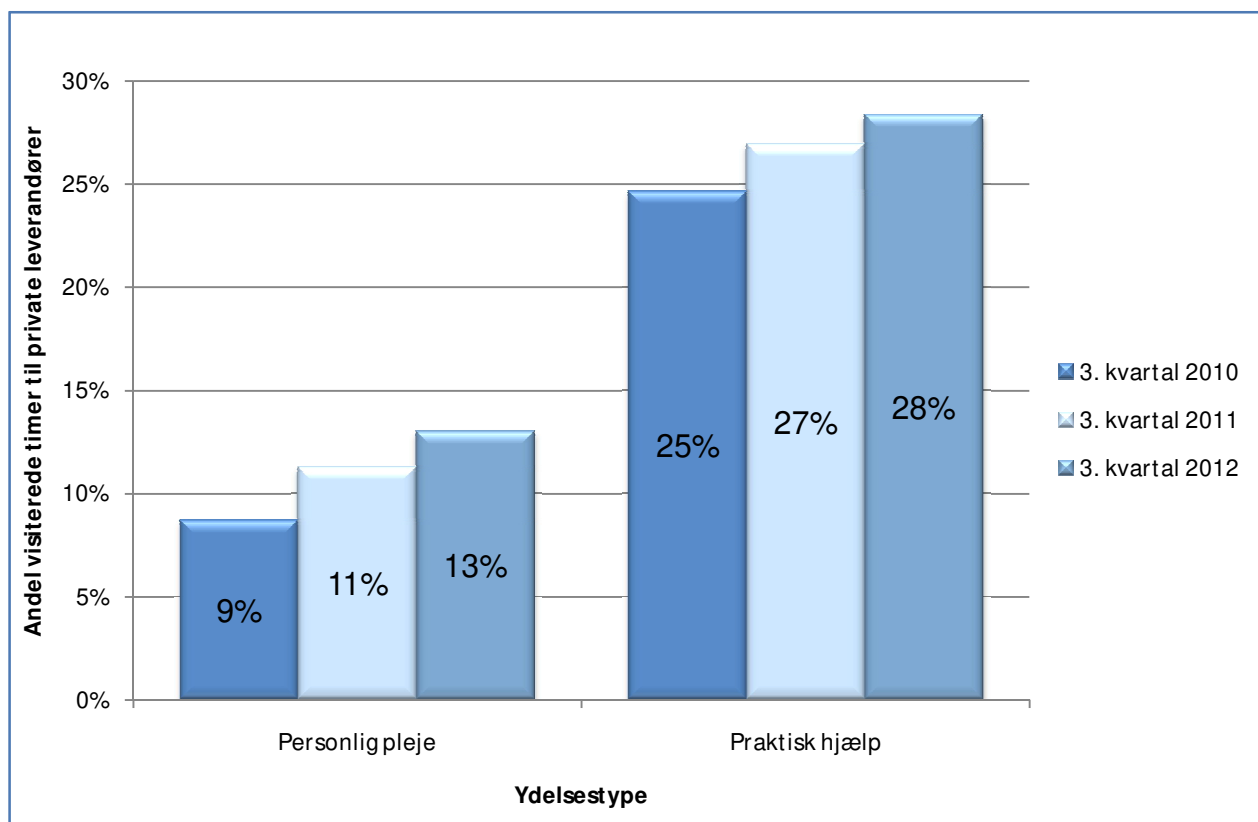
Det gennemsnitlige antal besøg per bruger er således steget en smule i perioden, fra 89 besøg i 3. kvartal 2010 til 95 besøg i 3. kvartal 2012. Det gennemsnitlige antal besøg per bruger dækker dog over en meget stor spredning, da nogle hjemmeplejebrugere kun har modtaget meget få besøg i en kort periode, 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 4 – 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

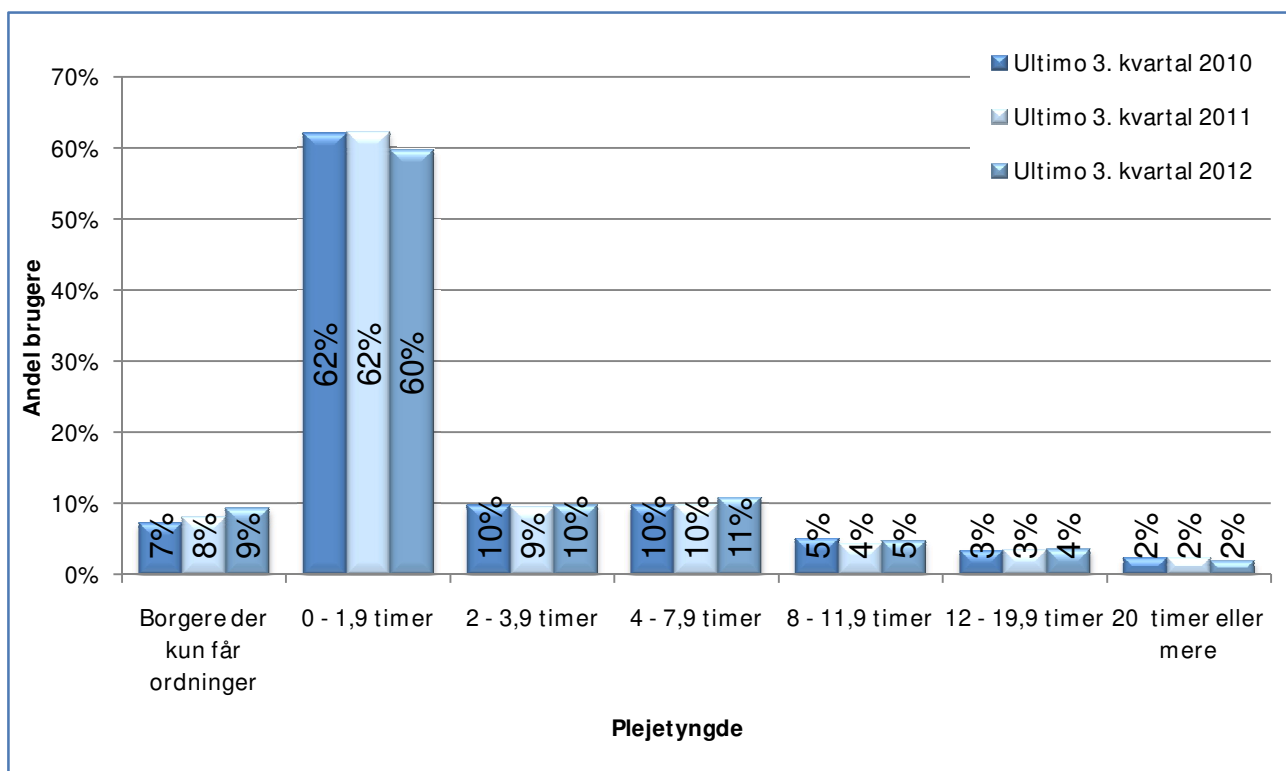
Siden 3. kvartal 2010 er andelen af visiterede timer, der leveres af private leverandører, steget med 4%-point for personlig pleje og 3%-point for praktisk hjælp. Brugere vælger i højere grad privat leverandør til praktisk hjælp end til personlig pleje. Således blev 28% af

de visiterede timer til praktisk hjælp visiteret til en privat leverandør i 3. kvartal 2012, mens det samme gjaldt for 13% af de visiterede timer til personlig pleje.

### Figur 5 – Hjemmeplejebrugere fordelt på plejetyngde

Figuren viser andel brugere af personlig pleje og praktisk hjælp fordelt på plejetyngde.

Plejetyngden er udtryk for, hvor mange timers hjemmepleje en hjemmeplejebruger er visiteret til, og den opgøres i antal visiterede timer per uge. Brugere, der udelukkende får hjælp til tøjvask, turkøb, indkøb og/eller madservice, er angivet i en kategori for sig.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

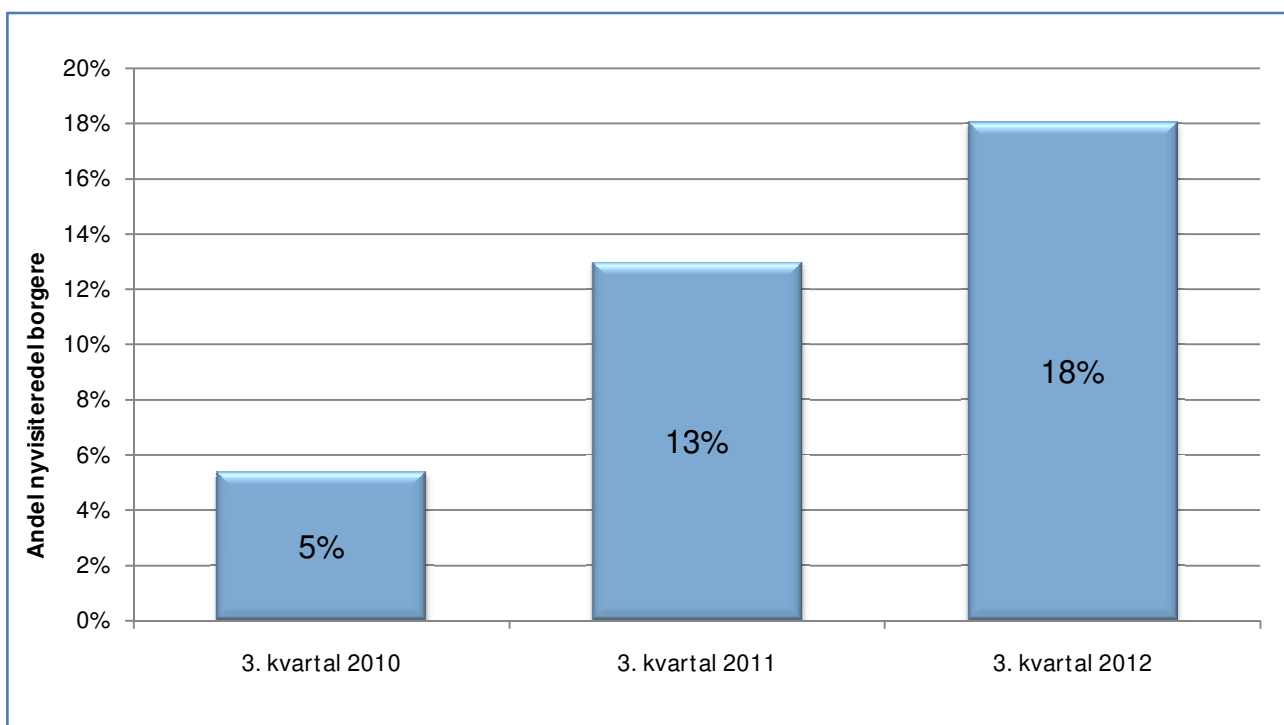
Af de 9.711 brugere, der i 3. kvartal 2012 modtog hjemmepleje, fik 69% mindre end to timers hjælp om ugen eller modtog udelukkende tøjvask, turkøb, indkøb og/eller madservice. 6% af hjemmeplejebrugerne modtog 12 eller flere timers hjælp om ugen. Plejetyngdefordelingen er stort set uændret i perioden, på trods af demografiske ændringer af befolkningen.

## Figur 6 – 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 et mål 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 (borgere, der i mindst 12 måneder ikke har modtaget personlig pleje, praktisk hjælp og/eller hverdagsrehabilitering), 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, træning ved hjælpere til hjemmeboende borgere, turkøb, hverdagsrehabiliterende projekter og hverdagsrehabilitering.

I 3. kvartal 2012 blev 106 nyvisiterede borgere visiteret til aktiverende ydelser, hvilket svarer til 18% af de nyvisiterede borgere. Andelen af nyvisiterede borgere, der er visiteret til aktiverende ydelser, er steget med 13%-point fra 3. kvartal 2010 til 3. kvartal 2012. 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.

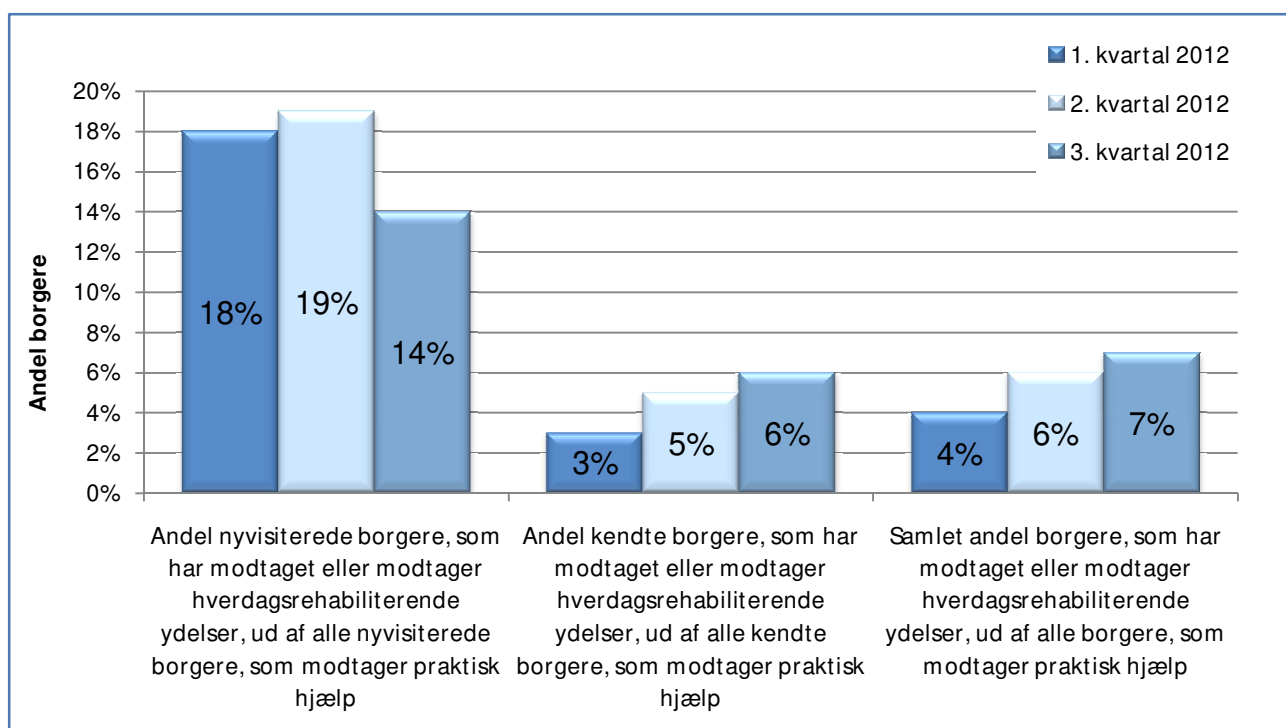


### Figur 7 – Brug af hverdagsrehabiliterende ydelser

Figuren viser andel nyvisiterede og kendte borgere samt den samlede andel borgere, der har modtaget eller modtager en hverdagsrehabiliterende ydelse, ud af alle borgere, som modtager praktisk hjælp. Hverdagsrehabiliterende ydelser omfatter ergonomisk vejledning i forbindelse med rengøring og tøjvask samt træning ved hjælper med terapeutfaglig vurdering.

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.

Hverdagsrehabilitering blev implementeret i kvalitetsstandarderne for 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.

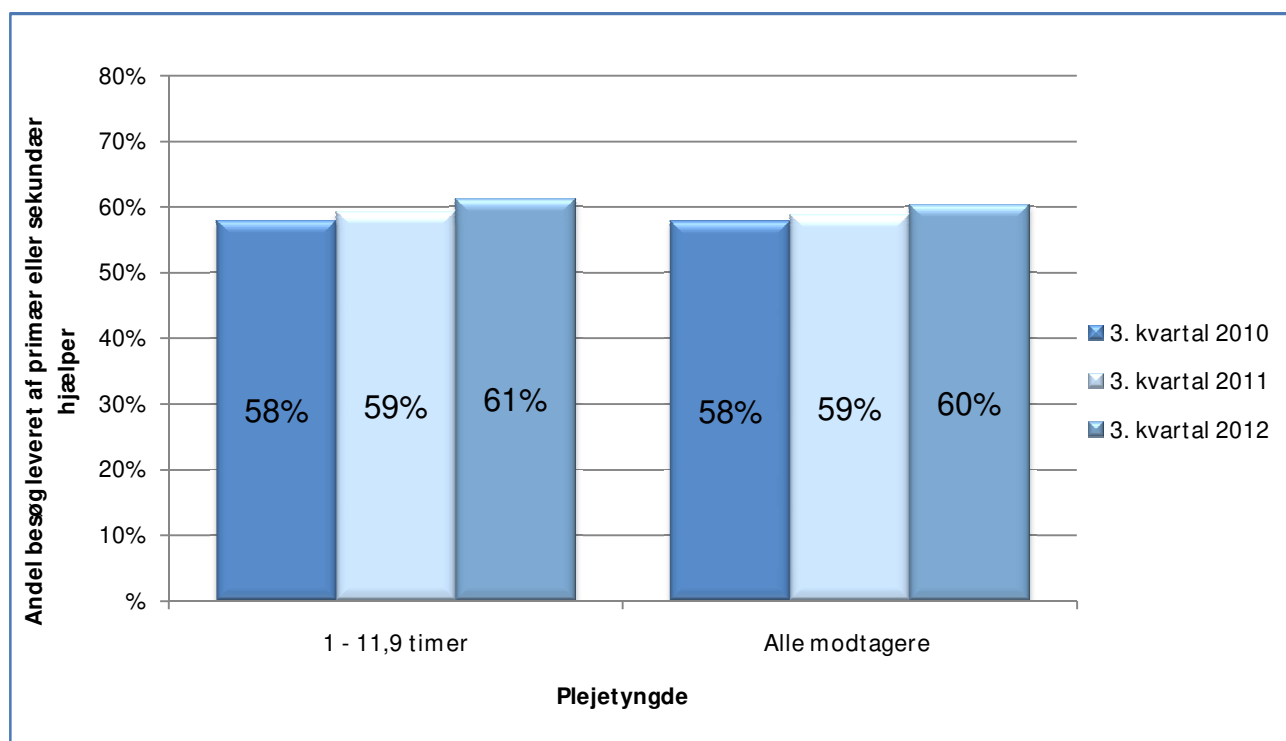
I 3. kvartal 2012 modtog 7% af alle borgere med praktisk hjælp hverdagsrehabiliterende ydelser, hvilket er en stigning på 3%-point siden 1. kvartal 2012. Samtidig var der 14% af de nyvisiterede borgere, der modtog hverdagsrehabiliterende ydelser, et fald på 4%-point siden 1. kvartal 2012.

### 4.3: 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. I figur 8 og 9 svarer det til gruppen af borgere med en plejetyngde på 1-11,9 timer. 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 8 – Antal forskellige hjælpere i dagtimerne**

Figuren viser andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper i den *kommunale daghjemmepleje* (med undtagelse af tøjvask, indkøb og madservice, idet disse ordninger ikke leveres af den kommunale hjemmepleje).



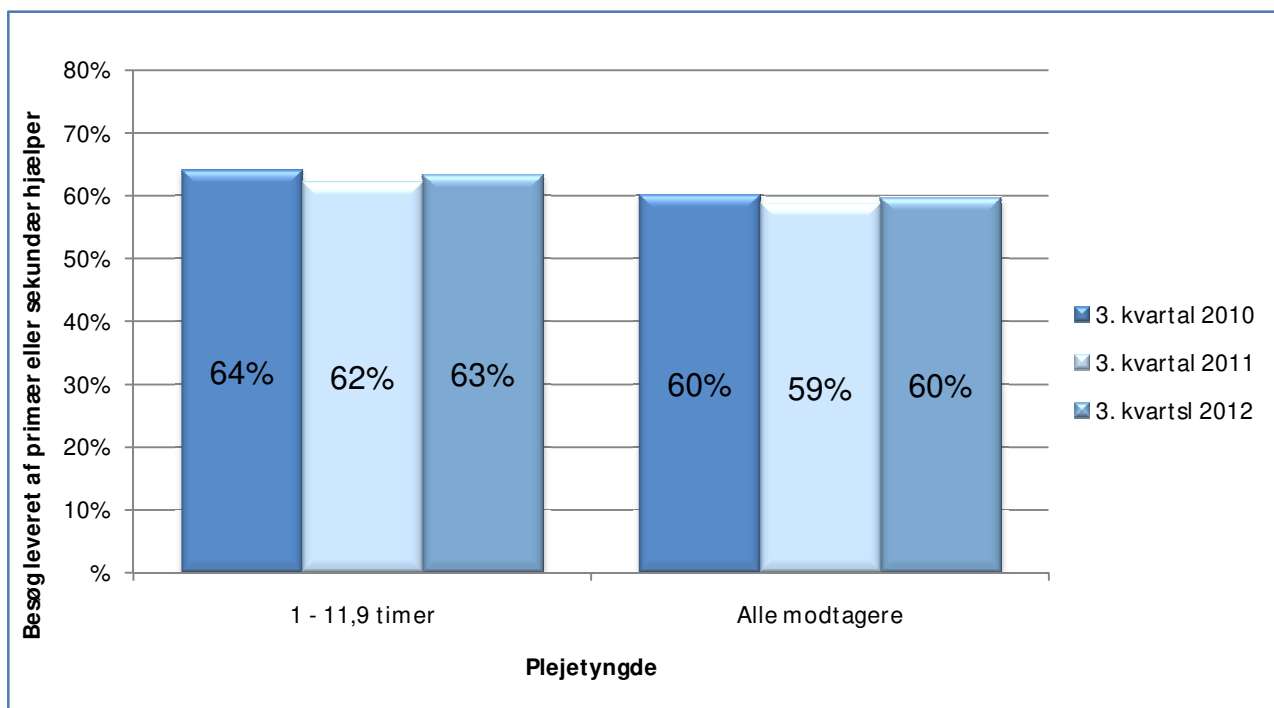
Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

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.

I 3. kvartal 2012 blev 61% af besøgene hos borgere med 1-11,9 timers ugentlig hjælp leveret af borgers primære eller sekundære hjælpere. Antallet af forskellige hjælpere for målgruppen er steget 3%-point siden 3. kvartal 2010. Hvis der ses på alle modtagere under ét, var andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper i 3. kvartal 2012 på 60%.

### Figur 9 – Antal forskellige hjælpere i aftentimerne

Figuren viser andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper i den *kommunale aftenhjemmepleje* (med undtagelse af tøjvask, indkøb og madservice, idet disse ordninger ikke leveres af 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.

For målgruppen af borgere med 1-11,9 timers hjælp om ugen udgjorde andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper 63% i 3. kvartal 2012. For alle borgere er andelen af besøg leveret af primær eller sekundær hjælper i aftentimerne 60% og dette niveau er stort set uændret fra 3. kvartal 2010 til 3. kvartal 2012.

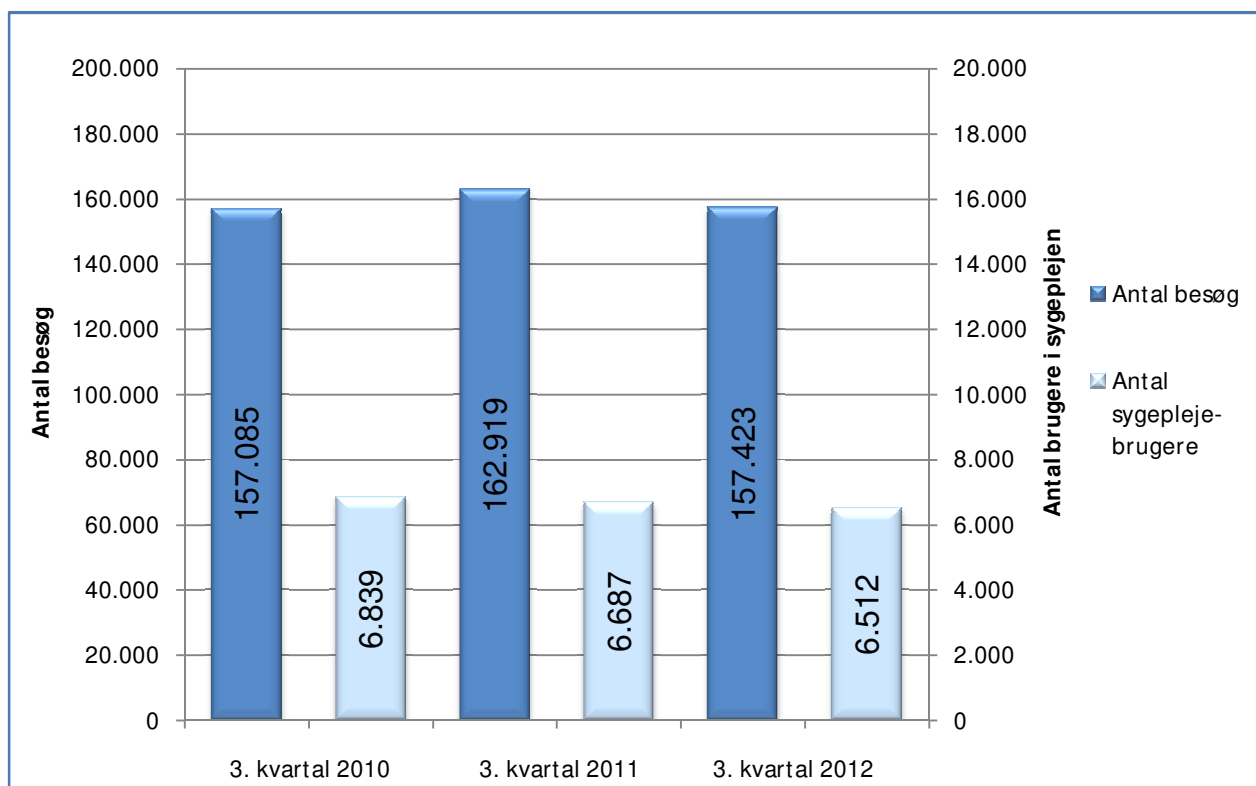
Forvaltningen arbejder løbende med at forbedre planlægningsfunktionen og er i 2012 i gang med at indføre faste teams af hjælpere til alle borgere. Der kan måske opnås en forbedring af målopfyldelsen, når faste teams er fuldt implementeret ved udgangen af 2012.

## KAPITEL 5: SYGEPLEJE

I kapitlet gennemgås sygeplejeområdet. Kapitlet indeholder oplysninger om antallet af borgere, der modtager sygepleje, hvilke sygeplejeydelser de modtager, samt antal borgere, der benytter sygeplejeklinikker.

### Figur 10 – 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.

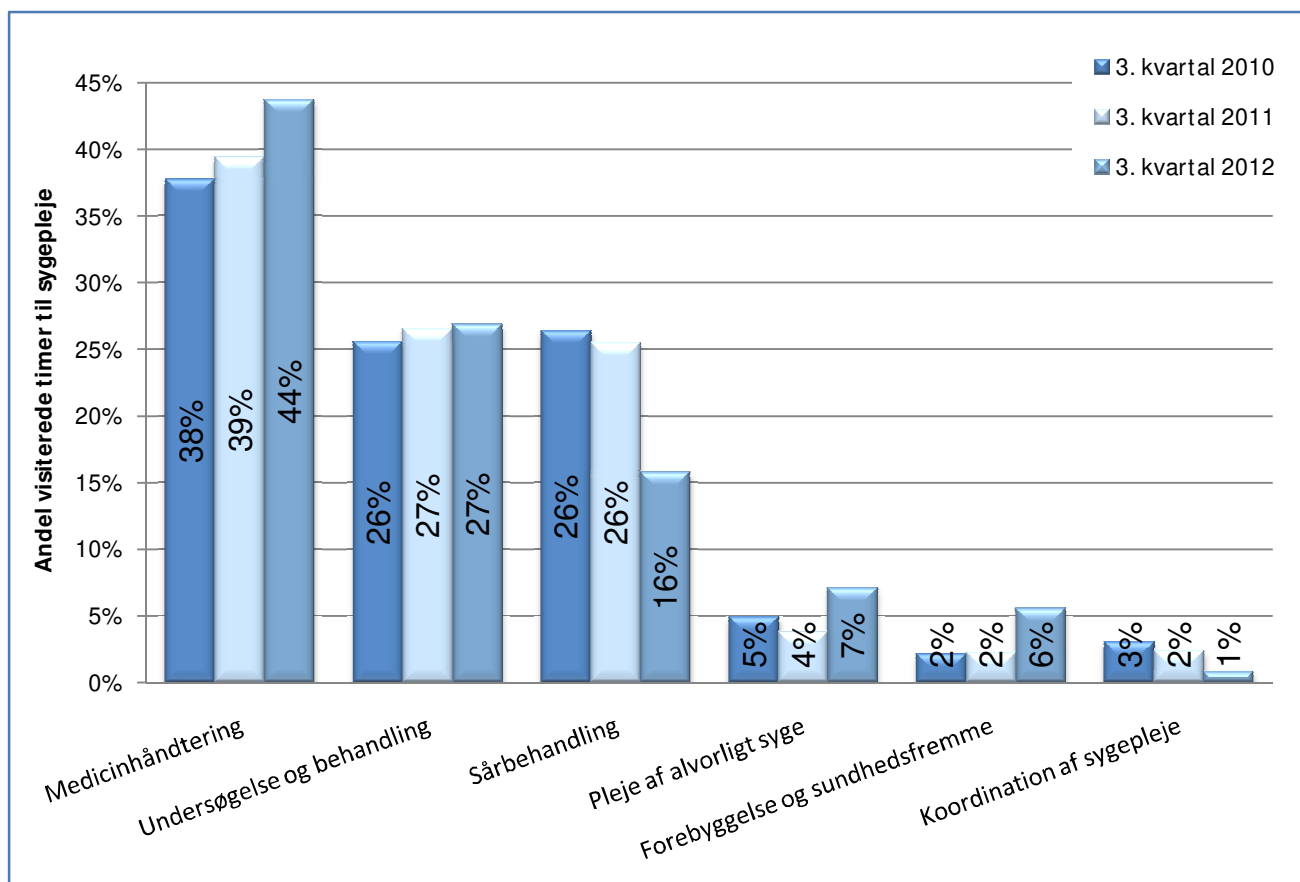
Note: Borgere, der er inaktive i hele perioden, indgår ikke i opgørelsen.

I 3. kvartal 2012 modtog 6.512 borgere sygepleje. Det er et fald på 5% siden 3. kvartal 2010. I samme periode er antallet af besøg i sygeplejen stort set uændret.

Det gennemsnitlige antal besøg per bruger er steget en smule i perioden, fra 23 besøg i 3. kvartal 2010 til 24 besøg i 3. kvartal 2012. At antallet af besøg er steget, selvom antallet af modtagere er stort set uændret, indikerer formentlig en øget kompleksitet og et øget plejebestand blandt de borgere, der modtager sygepleje.

## Figur 11 – Sygeplejeydelser

Figuren viser, hvor store andele de forskellige sygeplejeydelser inddelt i kategorier udgør af det samlede antal visiterede timer til sygepleje.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Note: Ydelserne er kategoriseret efter 'Ydelseskataloget for sygepleje 2012'.

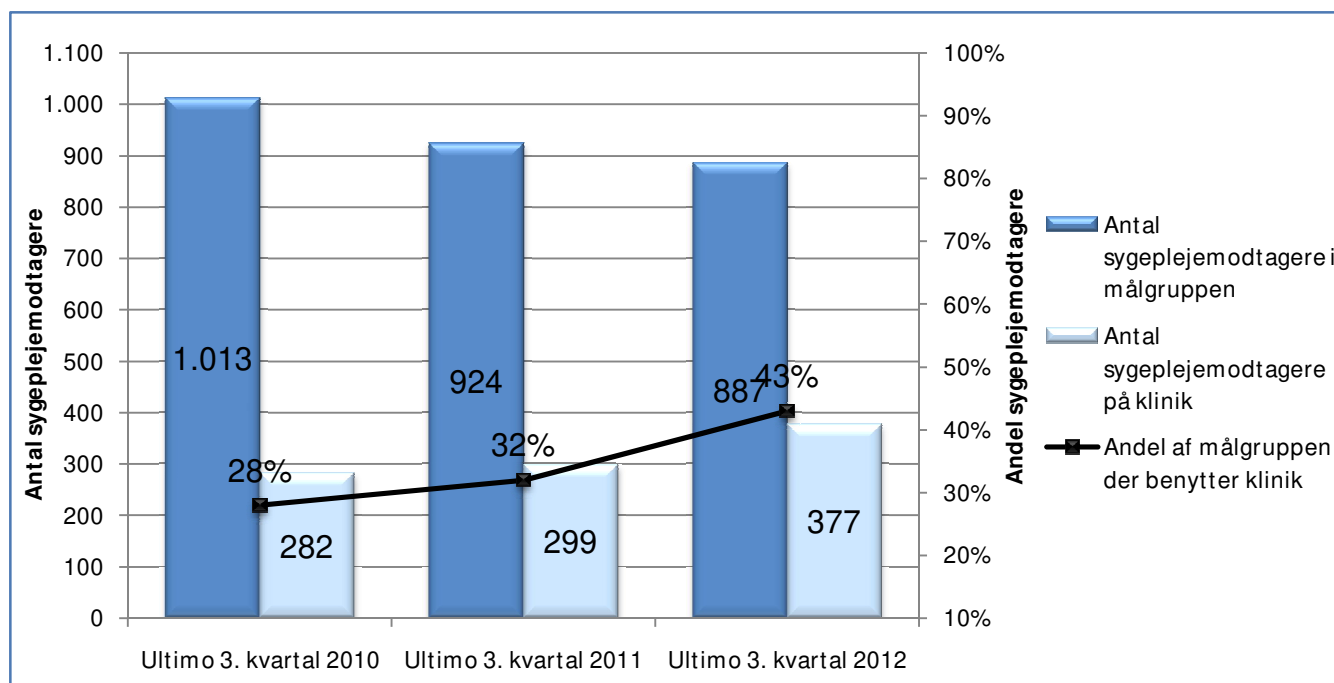
Der er i alt visiteret 52.035 timer til sygepleje i 3. kvartal 2012.

Hovedparten (44%) af de visiterede timer til sygepleje består af ydelser i kategorien 'medicinhåndtering'. De næststørste typer ydelser er i kategorierne 'undersøgelse og behandling' (27%) og 'sårbehandling' (16%). Der er sket en stigning i henholdsvis medicinhåndteringen og undersøgelse og behandling, hvorimod andelen af timer til sårbehandling er faldet med 10%-point siden 3. kvartal 2010. Det faldende antal timer til sårbehandling kan hænge sammen med en ændret arbejdsgang, hvor der fastsættes en slutdato på sårbehandlingsydelserne, hvorefter det skal vurderes, om ydelserne stadig skal leveres. Der er ligeledes udsendt en sår-håndbog, som anbefaler forskellige sår-produkter, som kræver færre skift af forbindinger og dermed mindre tidsforbrug.

## Figur 12 – Borgere i sygeplejeklinik

Figuren viser antal borgere i målgruppen for sygeplejeklinik samt antal borgere, der benytter sygeplejeklinik.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i 2009 - 2011 etableret sygeplejeklinikker, så alle lokalområder nu har mindst én sygeplejeklinik. Sundheds- og Omsorgsudvalgets mål er, at 90% af de borgere, der fysisk og psykisk er i stand til at møde op på sygeplejeklinik, skal modtage sygepleje på klinik.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Note: Forvaltningen har til brug for opgørelse af nøgletallet defineret målgruppen for sygeplejeklinikker som: sygeplejemodtagere, der modtager under 4 timers personlig og praktisk hjælp om ugen, og samtidig ikke modtager indkøbsordning og/eller medicindosering.

Note: Borgere, der kommer i en sygeplejeklinik, behøver ikke nødvendigvis at indgå i målgruppen.

Antallet af borgere, der benyttede en sygeplejeklinik, er steget fra 282 borgere ultimo 3. kvartal 2010 til 377 borgere ultimo 3. kvartal 2012. Ultimo 3. kvartal 2012 modtog 43% af borgerne i målgruppen sygepleje på en sygeplejeklinik. For to år siden var den tilsvarende andel 28%. På trods af denne stigning er der stadig et stykke vej til målsætningen om, at 90% af borgerne i målgruppen skal benytte sygeplejeklinik.

Indførelsen af sygeplejekoordinatorer har medvirket til at øge anvendelsen af sygeplejeklinikkerne. Koordinatorerne gennemgår jævnlige borgere med sygepleje med henblik på at øge andelen af borgere, der får sygepleje i klinik. Ved nyvisiterede sygeplejemodtagere vurderes muligheden for klinik i forbindelse med tildeling af sygepleje.

## KAPITEL 6: PLEJEBOLIGER

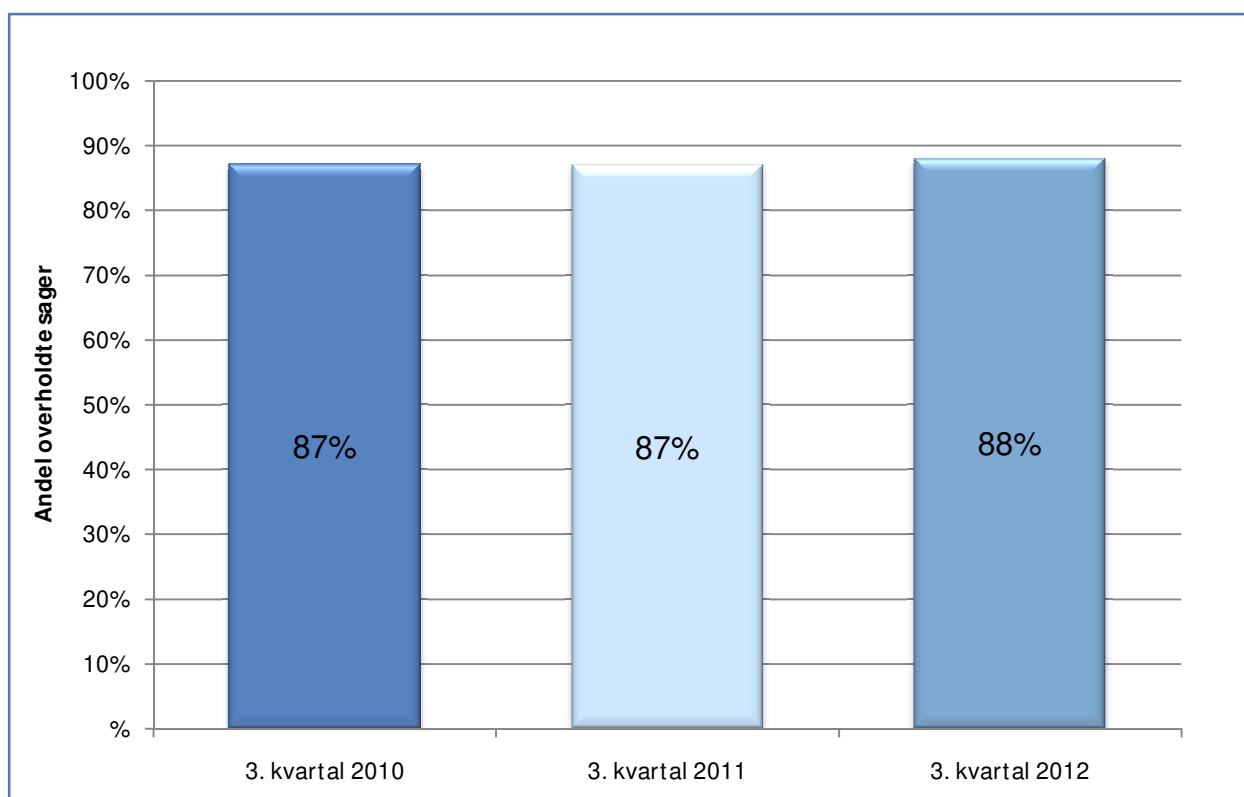
I kapitlet gennemgås plejeboligområdet. Kapitlet indeholder oplysninger om sagsbehandlingstid og hvem der bor i plejebolig.

### 6.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER

#### Figur 13 – Sagsbehandlingstider på plejeboligområdet

Figuren viser andelen af sager om ansøgning til plejebolig, der er blevet behandlet inden for sagsbehandlingsfristen på 15 arbejdsdage, 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).



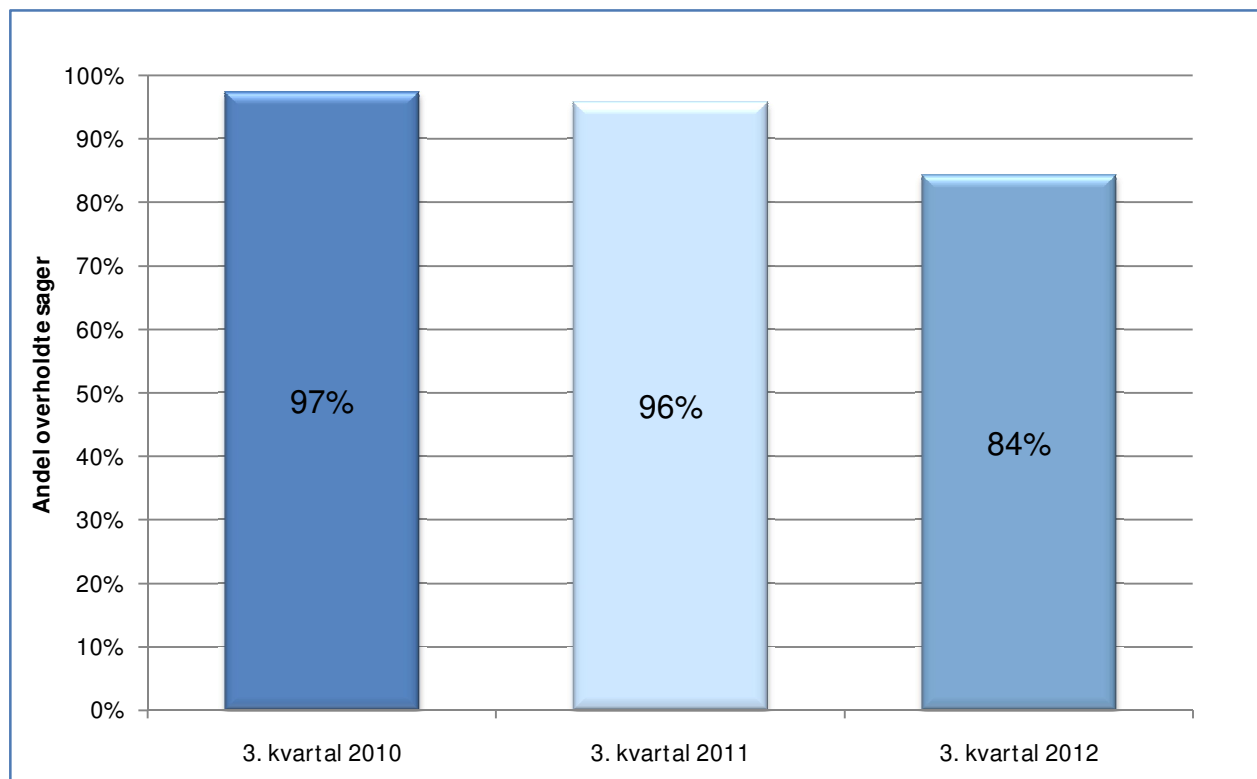
Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

Der er i 3. kvartal 2012 afsluttet i alt 117 sager. Der er i perioden sket en svag stigning i andelen af sager, hvor behandlingsfristen er overholdt, fra 87% af sagerne i 3. kvartal 2010 til 88% af sagerne i 3. kvartal 2012. Dermed indfries målet for overholdelse af sagsbehandlingstiderne.

### Figur 14 – 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 3. kvartal 2012 var 134 ansøgere omfattet af 4-ugersgarantien. Andelen af sager, hvor 4-ugersgarantien er overholdt, var 84%, hvilket er 13%-point lavere end i 3. kvartal 2010. Der var 21 ansøgere, som ikke fik svar inden for tidsfristen i 3. kvartal 2012, men næsten alle borgere fik tilbudt bolig efter højst 35 dage. Det vil sige at 4-ugersgarantien for denne gruppe borgere, med én undtagelse, blev overskredet med maksimum 7 dage.

4-ugersgarantien har været under stærkt pres i 3. kvartal 2012, fordi der er lukket en række plejehjem i forbindelse med moderniseringsplanen, mens de nye plejehjem først lukker op i 4. kvartal 2012 og 1. kvartal 2013. Samtidig er der fokus på tidligere indflytning i plejebolig.

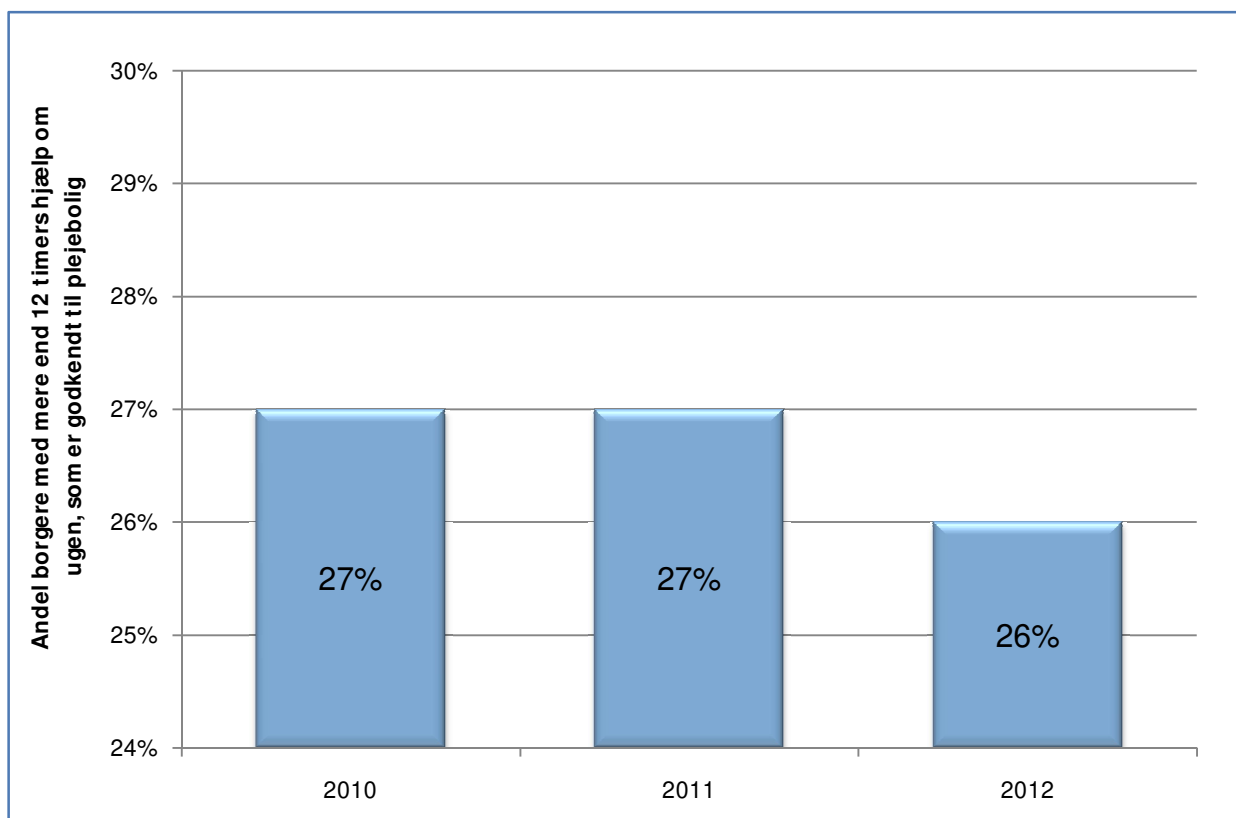


### Figur 15 – Tidligere dialog og flytning til plejebolig

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.

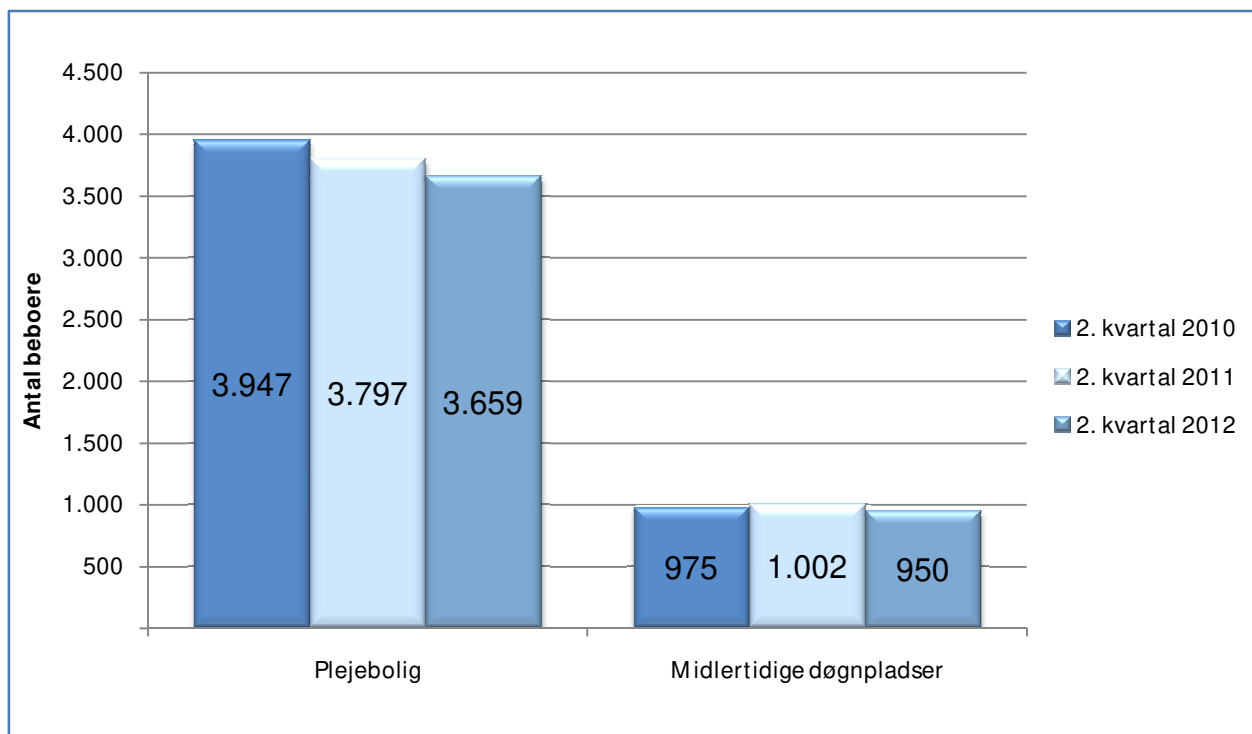
Ultimo 3. kvartal 2012 havde 1.298 borgere mere end 12 timers hjælp om ugen. Heraf var 26% blevet godkendt til plejebolig indenfor det seneste år. Denne andel har ligget på et nogenlunde stabilt niveau siden 3. kvartal 2010.

Visitationerne har fokus på at få de borgere, der har et stort plejebestov, motiveret til at søge plejebolig, men der er et stort pres på plejeboligerne som følge af moderniseringsplanen, hvor der er lukket en række plejeboliger. Der kan være behov for yderligere indsatser for at øge indflytningen i plejeboliger, og aftalen om profilplejehjem, der indgår i budget 2013, skal bl.a. ses i dette lys.

## 6.2: BEBOERE, DER BOR I PLEJEBOLIG

### Figur 16 – 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 3.947 beboere i 3. kvartal 2010 til 3.659 beboere i 3. kvartal 2012, hvilket svarer til et fald på 7%. 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 975 beboere til 950 beboere.

## KAPITEL 7: 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.

### 7.1: BORGERE, DER HJEMTAGES OG GENOPTRÆNES

#### Tabel 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.

	3. kvartal 2010	3. kvartal 2011	3. kvartal 2012	Udvikling ifht. 3. kvartal 2010 (%)
Antal udskrivninger	7.724	7.607	7.556	-2%
Udskrivninger uden ventedage	7.428	7.346	7.242	-3%
<b>Udskrivninger med ventedage:</b>				
1-5 dage	168	147	154	-8%
6-14 dage	114	98	148	30%
15+ dage	14	16	12	-14%
<b>I alt udskrivninger med ventedage</b>	<b>296</b>	<b>261</b>	<b>314</b>	<b>6%</b>
Antal ventedage i alt	1.639	1.578	1.929	18%

Kilde: e-Sundhed

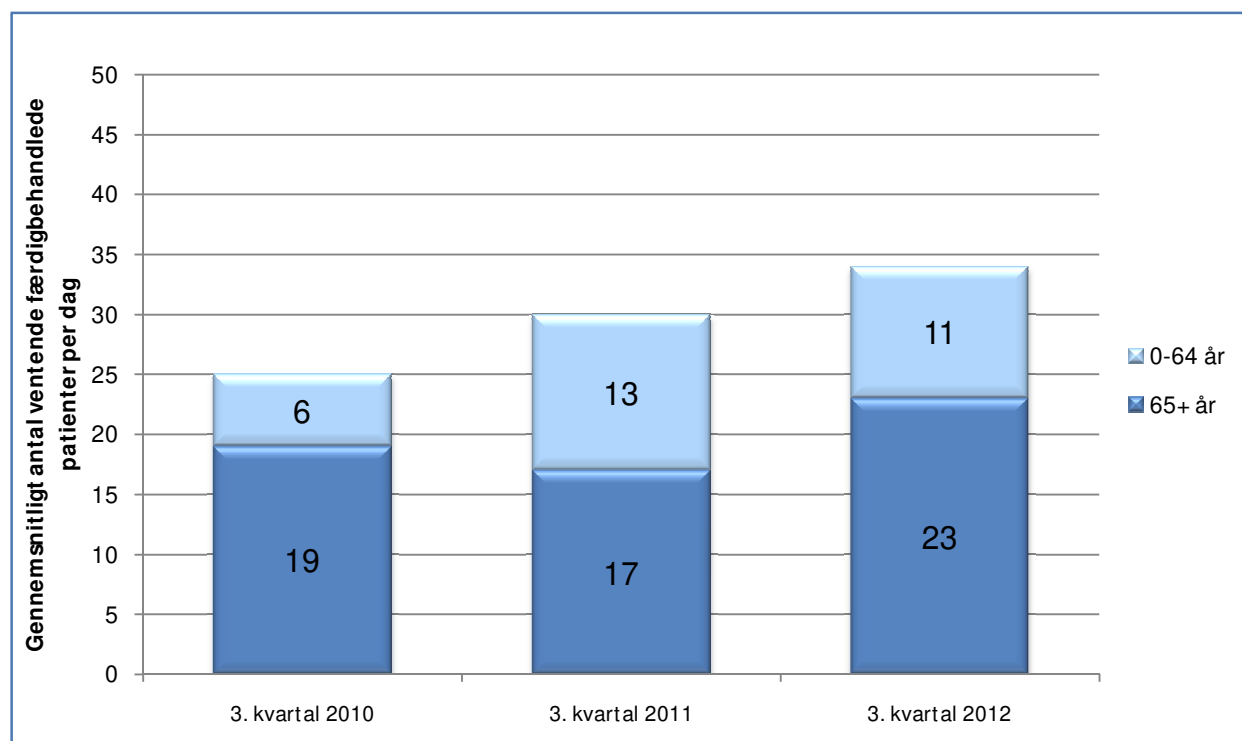
Note: Der kan ske efterregistreringer af aktiviteten i 2012 helt frem til marts 2013.

I 3. kvartal 2012 ventede 314 borgere på hjemtagning efter færdigbehandling på hospital. 154 af disse borgere ventede 1-5 dage, typisk på overflytning til en midlertidig plads. 12 borgere – svarende til 4% af alle ventende borgere – ventede mere end 14 dage. Til sammenligning var der 14 borgere, svarende til 5%, som ventede mere end 14 dage i 3. kvartal 2010. Forvaltningen er således tæt på at opfylde sundhedsaftalens mål. Det samlede antal ventedage er steget med 18% fra 3. kvartal 2010 til 3. kvartal 2012.

### Figur 17 – 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.

Det gennemsnitlige antal færdigbehandlede patienter per dag, der venter på hjemtagning, er 34 patienter i 3. kvartal 2012, hvilket er en stigning fra 25 patienter i 3. kvartal 2010. Kommunen lever derved ikke op til målsætningen om at der maksimalt må vente 11 færdigbehandlede patienter per dag.

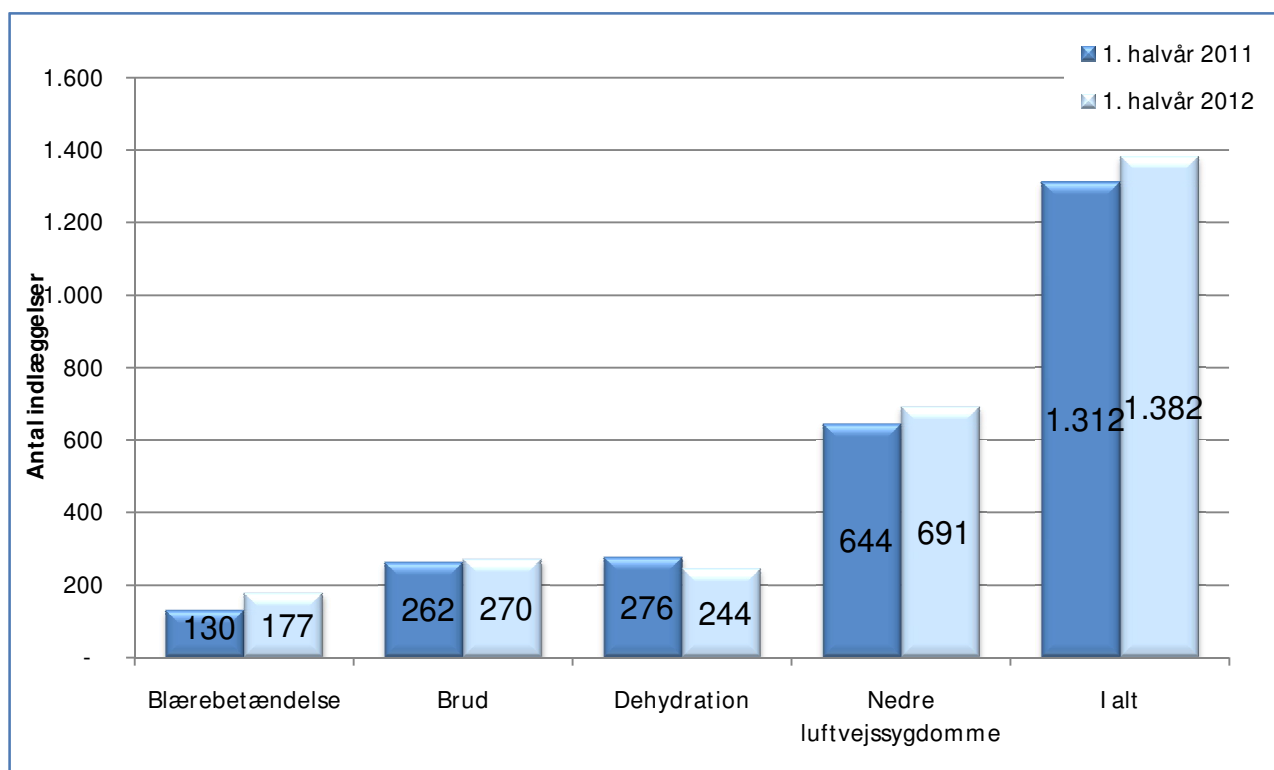
Forklaringen på stigningen er bl.a. at der på grund af moderniseringsplanen var et ekstra stort pres på plejeboligpladserne, da en del plejeboliger lukkede ned i 3. kvartal 2012, hvilket også giver en afsmittende effekt på de midlertidige pladser, hvor borgerne bl.a., hjemtages til og dermed på de hurtige udskrivninger, men måltallet er svært at nå, selv hvis der var flere midlertidige pladser. Det er en stor udfordring for kommunen at få nedbragt antallet af færdigbehandlede på hospitalerne. Stort set alle de borgere, der opholder sig på hospitalet efter at de er færdigbehandlede, venter på at få en rehabiliteringsplads, fordi det vurderes, at de ikke umiddelbart vil kunne klare sig i hjemmet, selv med massiv støtte og hjælp fra kommunen. Der skal arbejdes med dette på flere fronter. Det skal overvejes, om hjælpen i hjemmet kan tilrettelægges, således at flere borgere vil kunne klare sig i hjemmet, og det skal overvejes, om kapaciteten på rehabiliteringspladserne kan anvendes mere effektivt og om antallet af pladser tilsvarende behovet

## Figur 18 – Forebyggelige indlæggelser

Tabellen viser antal forebyggelige indlæggelser blandt 65+ årige borgere, som bor i plejebolig, opholder sig på en midlertidig plads eller modtager hjemme- og sygepleje. Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser, som potentielt kan forebygges ved en kommunal indsats.

Forvaltningen anvender Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag fra Sundhedsstyrelsen (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.

Det er et mål i Sundhedspolitikken *Længe Leve København*, at antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser for 65+ årige borgere, der er kendt af forvaltningen inden indlæggelse skal falde til 1.125 forebyggelige indlæggelser i 2014.



Kilde: Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS).

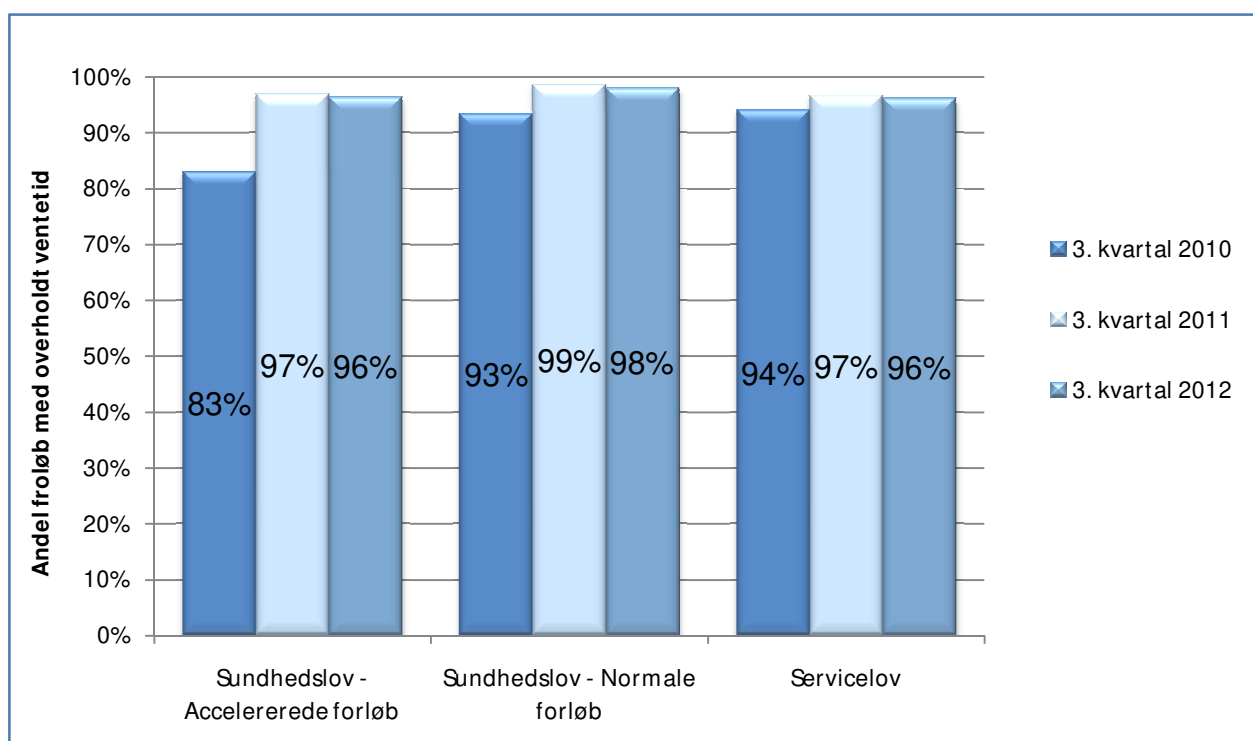
I 1. halvår 2012 var der 1.382 forebyggelige indlæggelser af 65+-årige borgere, hvilket er en stigning på 5% siden 1. halvår 2011. Der er således et stykke vej til at kunne indfri målsætningen om 1.125 indlæggelser om året i 2014. Samlet set blev 2.701 borgere i Københavns Kommune indlagt med en forebyggelig indlæggelse i 1. halvår 2012, heraf var ca. halvdelen kendt af forvaltningen (51%).

Der er iværksat en række forskellige indsatser med henblik på at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser, herunder modeller for samarbejde mellem hospitaler, praktiserende læger og forvaltningen. Det forventes dog ikke, at indsatserne kan nå at påvirke antallet af forebyggelige indlæggelser i 2012, da der går lidt tid inden effekterne i form af færre indlæggelser kan opnås.

### Figur 19 – 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

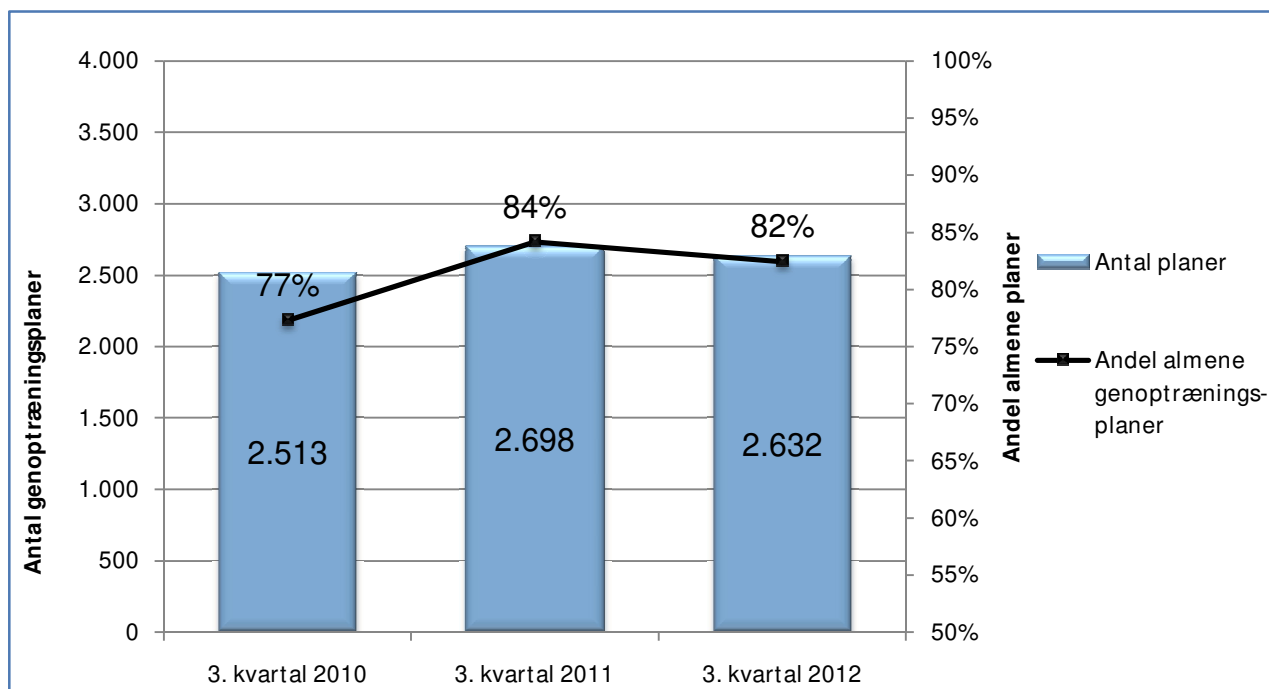
Samlet set overholdt forvaltningen stort set målene om ventetider på genoptræning i 3. kvartal 2012. Ventetiden på accelererede genoptræningsforløb efter Sundhedsloven blev overholdt i 96% af tilfældene og ventetiden på normale genoptræningsforløb efter Sundhedsloven blev overholdt i 98% af tilfældene. Ventetiden på genoptræningsforløb efter Serviceloven blev overholdt i 96% af tilfældene.

Fra 3. kvartal 2010 til 3. kvartal 2012 er der generelt sket en stigning i andelen af genoptræningsforløb, hvor ventetiderne er overholdt.

## Figur 20 – 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 med 5% fra 2.513 planer i 3. kvartal 2010 til 2.632 planer i 3. kvartal 2012.

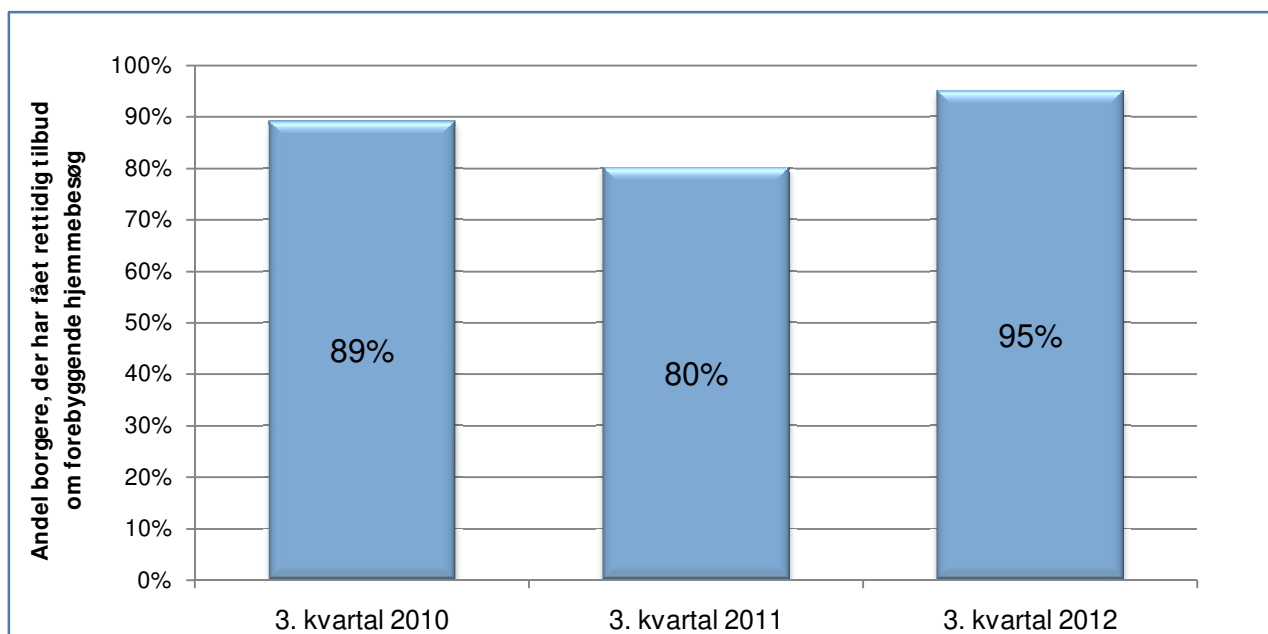
Samtidig er andelen af almene genoptræningsforløb, der varetages af kommunen, steget fra 77% i 3. kvartal 2010 til 82% i 3. kvartal 2012, hvilket er en stigning på 5%-point. Både antallet af genoptræningsplaner og andelen af almene genoptræningsplaner er dog faldet lidt fra 3. kvartal 2011 til 3. kvartal 2012.

## 7.2: BORGERE, DER MODTAGER FOREBYGGENDE TILBUD

### Figur 21 – 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 3. kvartal 2010-2011.

I 3. kvartal 2012 modtog 95% 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 89% i 3. kvartal 2010.



## 7.3: FOREBYGGELSE OG FOREBYGGELSESCENTRENE

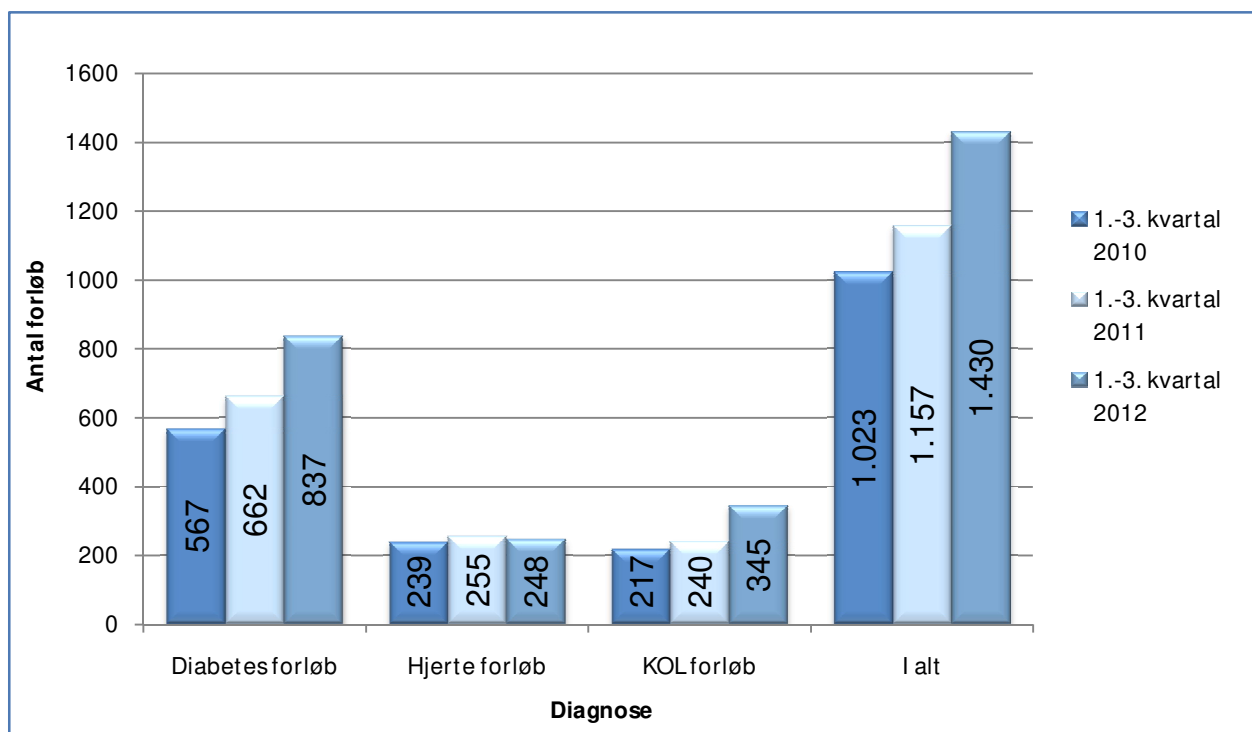
### Figur 22 – Patientrettede forebyggelsesforløb

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 et mål i *Længe Leve København*, at antallet af påbegyndte forebyggelsesforløb stiger til 2.000 årlige forløb i 2014.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og Sundhedsportalen

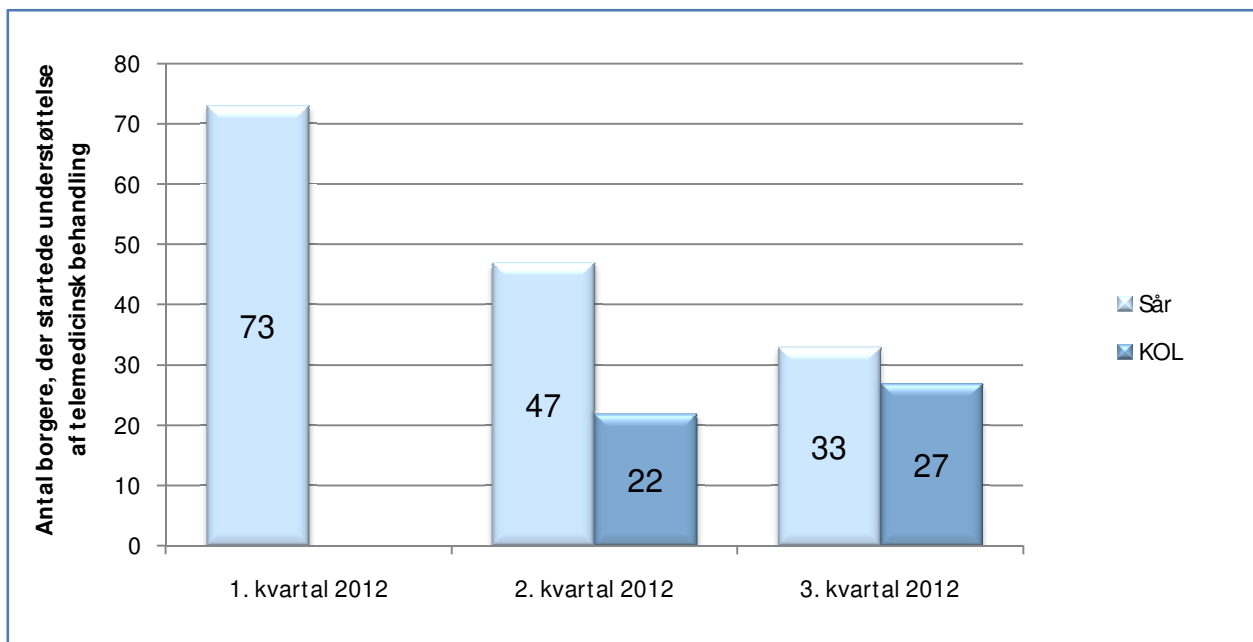
I 1.-3. kvartal 2012 var der 837 diabetesforløb, 248 hjerteforløb og 345 KOL forløb, hvilket er en stigning på henholdsvis 48%, 4% og 59% siden 1.-3. kvartal 2010. Stigningerne skyldes bl.a. at der er åbnet et nyt forebyggelsescenter i Vanløse i 2011. Samtidig arbejder forvaltningen løbende på at bedre kommunikation mellem forebyggelsescentrene og de henvisende instanser.

Samlet set modtog 1.430 kronisk syge borgere i 1.-3. kvartal 2012 et forløb. Hvis udviklingen fortsætter vil forvaltningen i 2012 være tæt på at nå målet for 2014.

### Figur 23 – Telemedicin

Figuren viser antallet af borgere, som er startet med understøttelse af telemedicinsk behandling af sår og KOL.

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



Kilde: DanskTelemedicin A/S

Note: Telemedicinsk behandling af borgere med KOL startede op 16. april 2012.

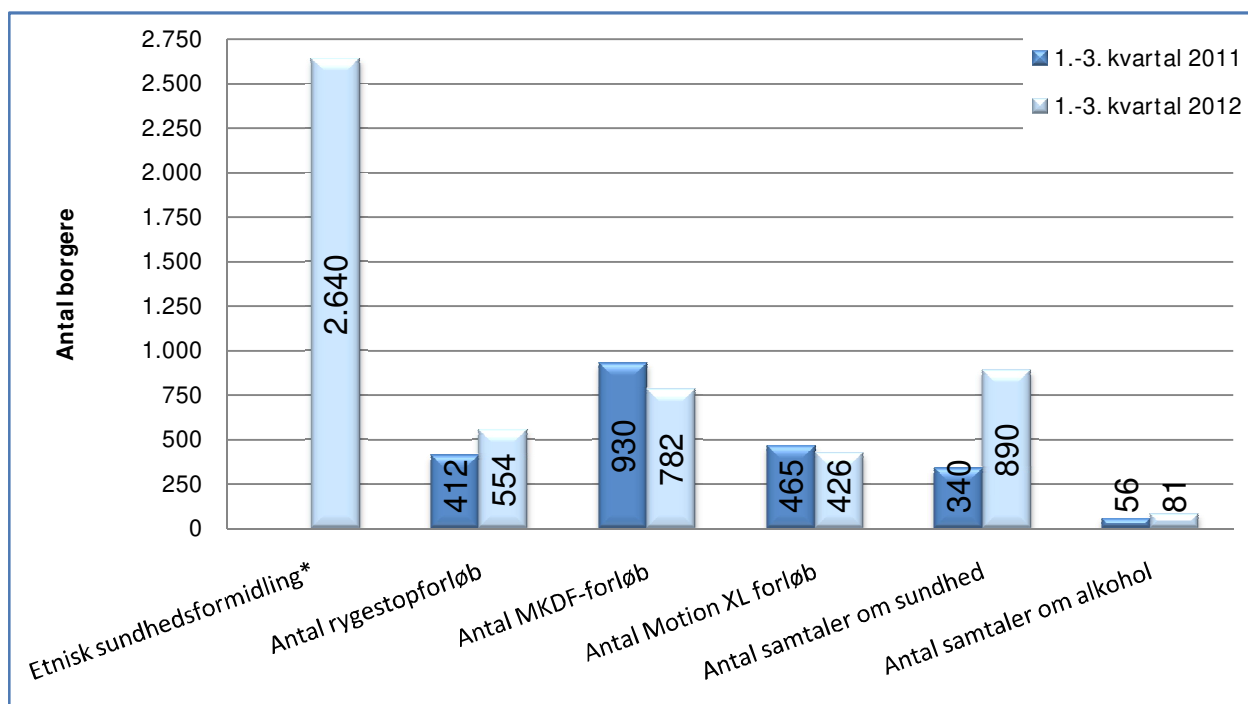
Der er i 2011 etableret et projektsamarbejde omkring sårbehandling via telemedicin mellem Videnscenter for Sårheling på Bispebjerg Hospital og Københavns Kommune. Indsatsen er rettet mod borgere med kroniske sår og bliver i 2012 implementeret i alle sygeplejeklinikker i kommunen. Københavns Kommune har yderligere i 2011 indledt et projektsamarbejde med Bispebjerg Hospital om systematisk opfølgning af borgere med KOL efter en hospitalsindlæggelse. Dette foregår via hjemmemonitorering og telemedicinske videokonferencer med sundhedsfagligt personale i Forebyggelsescenter Østerbro. Målet er, at indsatsen i 2012 implementeres i hele Bispebjerg Hospitals optageområde.

I 3. kvartal 2012 var der 33 borgere, som startede understøttelse af telemedicin for sår og 27 borgere, som startede understøttelse af telemedicin for KOL. I alt er der således 202 borgere, som har modtaget telemedicinsk understøttelse i 1.-3. kvartal 2012. Der forventes en stigning i antallet af borgere, der modtager telemedicinsk understøttelse i de kommende år, og forvaltningen forventer ind til videre at kunne nå målet på 800 borgere i 2014.

### Figur 24 – Borgerrettede forebyggelsesforløb

Figuren viser antal borgere, som har påbegyndt borgerrettede forebyggelsesforløb i 2011 og 2012, fordelt på typen af forløb.

Det er et mål 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 og 2012.

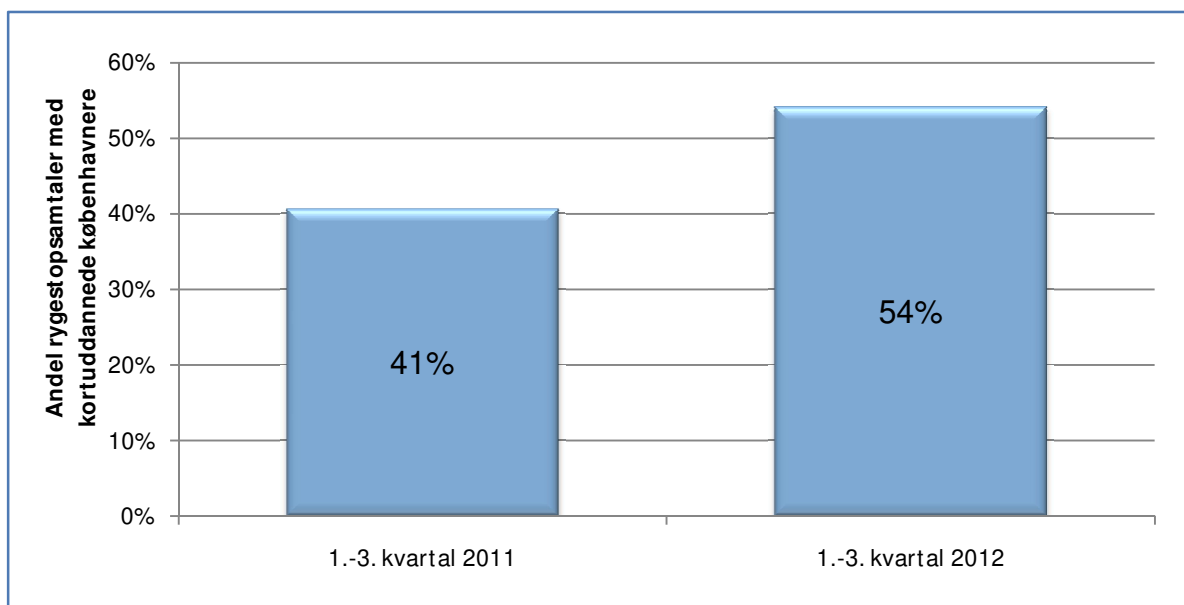
\*Etnisk sundhedsformidling svarer til antal personer, med etnisk minoritetsbaggrund, der har deltaget i et dialogmøde.

I 1.-3. kvartal 2012 var der i alt 5.372 borgere, som modtog et forebyggelsestilbud vedrørende kost, fysisk aktivitet, rygning og alkohol.. Forvaltningen vil således formodentlig kunne nå målet på 8.000 borgere i 2014.

### Figur 25 – Rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere

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

Det er et mål i *Længe Leve København*, at andelen af rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere via STOPLINIEN skal stige fra 33% i 2011 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.

Note: Der findes ikke data for 1. halvår 2010, da data er opgjort som en del af kampagnen, 'Hver eneste cigaret skader dig'.

I 1.-3. kvartal 2012 var der 257 kortuddannede københavnere, der deltog i en rygestopsamtale fra STOPLINIEN, svarende til 54% af alle rygestopsamtaler med københavnere. Dette er en stigning i forhold til 1.-3. kvartal 2011, hvor 141 kortuddannede københavnere (41%), deltog i en rygestopsamtale. Målet for 2014 er således opfyldt i 1.-3. kvartal 2012.

Stigningen i perioden skyldes formentlig, at Sundhedsstyrelsen genoptog den landsdækkende rygestopkampagne 'Hver eneste cigaret skader dig' i perioden november 2011 til januar 2012. Kampagnen var målrettet alle rygere, men evalueringen viser, at den havde særlig god effekt på unge mænd, storrygere og kortuddannede.

## KAPITEL 8: TILSYN OG KLAGER

Kapitlet indeholder oplysninger om kommunale tilsyn, embedslæge tilsyn og klagesager.

### Tabel 2 – Kommunale tilsyn med hjemmeplejeleverandører

Nedenfor redegøres for resultaterne fra uanmeldte tilsyn med hjemmeplejeleverandører i 1.-3. kvartal 2012. Borgerrepræsentationen har besluttet at der skal gennemføres årlige uanmeldte tilsyn med hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. I 2012 vil der blive gennemført et uanmeldt tilsyn med alle kommunale hjemmeplejeleverandører og de private leverandører, der servicerer mindst 100 borgere, som modtager personlig og/eller praktisk hjælp. Private leverandører, der servicerer under 100 borgere, modtager tilsyn hvert tredje år. Tilsynene gennemføres af BDO. Hvorvidt et tilsyn godkendes eller ej afhænger blandt andet af sammensætning og typer af fejl, der er fundet ved tilsynet.

Ifølge Københavns Kommunes kvalitetsmål må ingen hjemmeplejeenheder, der er genstand for uanmeldte kommunale tilsyn, gå igennem et kalenderår uden at blive godkendt ved tilsynet. Dette mål opdeles i to kvalitetskrav:

- Mindst 90% af de hjemmeplejeleverandører, der er genstand for tilsyn, godkendes ved årets ordinære uanmeldte tilsyn.
- De enheder, der ikke godkendes ved det ordinære tilsyn, opnår godkendelse ved det efterfølgende tilsyn.

Leverandør	Tilsynsresultater 2012, hjemmepleje
AMA	Godkendt med mangler ved ordinært tilsyn i september 2012.
BIN	Godkendt ved ordinært tilsyn i september 2012
IBØ	Godkendt ved ordinært tilsyn i juni 2012
VBH	Godkendt med mangler ved ordinært tilsyn i august 2012
VKV	Afventer tilsyn
Private leverandører	En leverandør er godkendt og en leverandør er godkendt med mangler ved ordinært tilsyn

Kilde: BDO Kommunernes Revision

Note: Tilsyn, hvor forvaltningen har modtaget tilsynsrapport i formel høring inden d. 26.10.12 er medtaget i tabellen.

Målet om, at ingen hjemmeplejeenheder går igennem et kalenderår uden at blive godkendt ved tilsynet, er indtil videre opfyldt, idet alle leverandører, der har modtaget et tilsyn, er blevet godkendt eller godkendt med mangler i 1.-3. kvartal 2012.

Kvalitetskravet om, at 90% af de hjemmeplejeleverandører, der er genstand for tilsyn, skal godkendes ved det ordinære uanmeldte tilsyn, er indtil videre opfyldt, idet 100% af hjemmeplejeleverandørerne er godkendt eller godkendt med mangler ved årets ordinære tilsyn.

Kvalitetskravet om at de enheder, der ikke godkendes ved det ordinære tilsyn, opnår godkendelse ved det efterfølgende tilsyn, er ikke aktuelt, da alle indtil videre er godkendt eller godkendt med mangler

### **Tabel 3 – Kommunale tilsyn med sygeplejeleverandører**

Nedenfor redegøres for resultaterne fra uanmeldte tilsyn med sygeplejeleverandører i 1.-3. kvartal 2012. I 2012 vil der blive gennemført et uanmeldt tilsyn med alle kommunale sygeplejeleverandører. Tilsynet gennemføres af BDO. Hvorvidt et tilsyn godkendes eller ej afhænger blandt andet af sammensætning og typer af fejl, der er noteret ved tilsynet.

<b>Leverandør</b>	<b>Tilsynsresultat 2012, sygepleje</b>
AMA	Godkendt med mangler ved ordinært tilsyn i september 2012.
BIN	Godkendt med mangler ved ordinært tilsyn i september 2012 (sygeplejen Nørrebro blev ikke godkendt ved opfølgende tilsyn i april 2012 – men er efterfølgende blevet godkendt i det samlede tilsyn med Bispebjerg/Nørrebro)
IBØ	Godkendt ved ordinært tilsyn i juni 2012
VBH	Godkendt med mangler ved ordinært tilsyn i august 2012
VKV	Afventer tilsyn

Kilde: BDO Kommunernes Revision

Note: Tilsyn, hvor forvaltningen har modtaget tilsynsrapport i formel høring inden d. 26.10.12 er medtaget i tabellen.

Målet om, at ingen hjemmepleje/sygeplejeeenheder går igennem et kalenderår uden at blive godkendt ved tilsynet, er indtil videre opfyldt, idet alle leverandører, der har modtaget et tilsyn, er blevet godkendt eller godkendt med mangler i 1.-3. kvartal 2012.

Kvalitetskravet om, at 90% af de hjemmepleje/sygeplejeleverandører, der er genstand for tilsyn, skal godkendes ved det ordinære uanmeldte tilsyn, er indtil videre opfyldt, idet 100% af sygeplejeleverandørerne er godkendt eller godkendt med mangler ved årets ordinære tilsyn.

Kvalitetskravet om at de enheder, der ikke godkendes ved det ordinære tilsyn, opnår godkendelse ved det efterfølgende tilsyn, er ikke aktuelt, da alle enheder indtil videre er godkendt eller godkendt med mangler.

#### Tabel 4 – Kommunale tilsyn med plejeboligheder

Figuren viser antal afrapporterede tilsyn samt andel tilsyn, som er godkendte.

Ifølge lovgivningen skal kommunen gennemføre ét årligt uanmeldt tilsyn på hver plejebolighed. Tilsynene gennemføres af BDO. Hensigten med de kommunale tilsyn er at vurdere, om leverandørerne lever op til de krav til pleje og omsorg, som fremgår af lovgivning samt kommunalt fastsatte politikker og kvalitetsstandarder.

Ifølge Københavns Kommunes kvalitetsmål må ingen plejeboliger, der er genstand for uanmeldte kommunale tilsyn, gå igennem et kalenderår uden at blive godkendt ved tilsynet. Dette mål opdeles i to kvalitetskrav:

- Mindst 90% af de plejeboligheder, der er genstand for tilsyn, godkendes ved årets ordinære uanmeldte tilsyn.
- De enheder, der ikke godkendes ved det ordinære tilsyn, opnår godkendelse ved det efterfølgende tilsyn.

	I alt 2012	I alt 2011	I alt 2010
<b>Tilsynsbesøg</b>			
Antal plejeboligheder	43	42	45
Antal gennemførte tilsyn	30	42	45
Andel gennemførte tilsyn	51%	100%	100%
<b>Tilsynsresultater</b>			
Antal godkendte tilsyn	29	37	37
Antal tilsyn godkendt med mangler	1	5	8
Antal tilsyn, der ikke er godkendt	0	0	0
Andel tilsyn godkendte eller godkendte med mangler	100%	100%	100%

Kilde: BDO Kommunernes Revision

Note: Tilsyn, hvor forvaltningen har modtaget tilsynsrapport i formel høring inden d. 26.10.12 er medtaget i tabellen.

Der er i 1.-3. kvartal 2012 gennemført og afrapporteret 30 kommunale uanmeldte tilsyn. Alle 30 tilsyn er blevet godkendt eller godkendt med mangler. Derved er Københavns Kommunes kvalitetsmål indtil videre opnået.

### Tabel 5 – Embedslægetilsyn med plejeboligheder

Embedslægeinstitutionen gennemfører som udgangspunkt ét årligt tilsyn med hver af de københavnske plejeboligheder. Tilsynene er lovpligtige og fokus er de sundhedsfaglige forhold på plejebolighederne.

Ved et utilfredsstillende resultat kan embedslægen beslutte, at der skal udarbejdes en handlingsplan og/eller gennemføres et opfølgende tilsyn. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen følger løbende op på de handlingsplaner, som plejebolighederne udarbejder for at leve op til embedslægens anbefalinger.

	I alt 2012	I alt 2011	I alt 2010
<b>Tilsynsbesøg</b>			
Antal plejeboligheder, der skal have tilsyn	34	38	34
Antal gennemførte tilsyn	17	39	34
Andel gennemførte tilsyn	50%	100%	100%
<b>Tilsynsresultater</b>			
1. Ingen bemærkninger	2	1	0
2. Fejl og mangler, meget lille patient-sikkerhedsrisiko	7	15	4
3. Fejl og mangler med patient-sikkerhedsrisiko	6	20	27
4. Alvorlige fejl og mangler	2	3	3
5. Anledning til alvorlig kritik	0	0	0
Andel tilsyn i kategori 1, 2 eller 3	88%	92%	91%
Gennemsnitlig score for tilsynsresultater	2,5	2,7	3,0

Kilde: Embedslægens tilsynsrapporter

Note: Gennemsnitlig score opgøres på en skala fra 1-5, hvor 1 er bedst og 5 er dårligst.

Note: Tilsyn, hvor forvaltningen har modtaget tilsynsrapport i formel høring inden d. 26.10.12 er medtaget i tabellen.

Embedslægen har gennemført og afrapporteret 17 tilsynsbesøg på københavnske plejeboligheder i 1.-3. kvartal 2012. 2 plejeboligheder har fået vurderingen 'Ingen bemærkninger', 7 plejeboligheder har fået vurderingen 'Fejl og mangler, meget lille patient-sikkerhedsrisiko', og 6 tilsyn resulterede i vurderingen 'Fejl og mangler med patient-sikkerhedsrisiko'. 2 plejeboligheder har fået vurderingerne 'alvorlige fejl og mangler'.

For de 2 plejeboligheder er der udarbejdet handleplaner og iværksat massive indsatser, som understøttes af konsulentbistand fra lokalområdet, og som forventes at rette op på de konstaterede fejl og mangler. Den gennemsnitlige score for embedslægetilsynene er forbedret fra 3,0 i 2010 til 2,5 i 1.-3. kvartal 2012.



## Tabel 6 – Klager

Tabellen viser antallet af færdigbehandlede klagesager i 1.-3. kvartal 2012 fordelt på udfald, samt udfald af de enkelte klagemaer 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 klagemaer. Hvert af disse klagemaer bliver behandlet separat og kan have forskelligt udfald.

	Ikke medhold	Medhold	Andet	I alt	1.-3. kvartal 2011
Antal færdigbehandlede klagesager fordelt på samlet udfald af klagesagen	110	41	5	156	140
<b>Klagemaer</b>					
Afgørelse	77%	21%	2%	100%	n/a
Praktisk udførelse	53%	44%	3%	100%	n/a
Personalets adfærd	33%	33%	33%	100%	n/a
Andet	40%	20%	40%	100%	n/a
I alt	71%	26%	3%	100%	n/a
Antal færdigbehandlede klagesager per 1.000 brugere i forvaltningen	4,7	1,8	0,2	6,7	5,5

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 klagemaer. 'Medhold' betyder, at borger får fuldt eller delvist medhold i mindst ét klagemaer. 'Andet' dækker eksempelvis over, at klagen er frafaldet, eller borger er afgået ved døden.

I 1.-3. kvartal 2012 har forvaltningen færdigbehandlet 156 klagesager, hvilket svarer til 6,7 klagesager per 1.000 brugere i forvaltningen. Antallet af klagesager er steget en smule i forhold til 1.-3. kvartal 2011, hvor der var 5,5 klagesag per 1.000 modtagere. Stigningen i antal klager skyldes bla. at en række borgere har klaget over hverdagsrehabilitering, der blev indført i kvalitetsstandarderne i 2012. I 26% af alle klager blev der givet medhold i mindst ét af klagemaerne. Den største andel af medhold ses inden for klagemaer 'Praktisk udførelse' (44%), mens den laveste andel ses for 'Afgørelse' (21%) og 'Andet' (20%).

## KAPITEL 9: MEDARBEJDERE

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

### 9.1: MEDARBEJDERE

**Tabel 7 – Antal fuldtidsstillinger opdelt på medarbejdere med direkte og indirekte brugertid**

Tabellen viser antal ansatte og fuldtidsstillinger i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fordelt på stillingstyper i 3. kvartal 2012.

	Antal ansatte 2011	Antal fuldtidsstillinger 2011	Procentfordeling fuldtidsstillinger	Udvikling i fuldtidsstillinger ifht. 3. kvartal 2010
<b>Medarbejdere med direkte brugertid</b>	<b>4.828</b>	<b>4.198</b>	<b>53%</b>	<b>-4%</b>
Sygeplejersker	646	580	7%	24%
Social- og sundhedsassistenter	1.096	955	12%	11%
Social- og sundhedshjælpere	2.460	2.109	26%	-10%
Social- og sundhedspersonale uuddannet	191	146	2%	-56%
Ergo-/Fysioterapeuter	435	408	5%	13%
<b>Medarbejdere med indirekte brugertid</b>	<b>1.848</b>	<b>1.735</b>	<b>22%</b>	<b>-9%</b>
Chefer/Ledere	502	491	6%	-6%
Akademiske medarbejdere	275	258	3%	2%
Teknisk-/Kontor personale	895	816	10%	-17%
Økonomaer/Ernæring	176	170	2%	15%
<b>Medarbejdere uden for opdeling</b>	<b>1.272</b>	<b>1.323</b>	<b>17%</b>	<b>-13%</b>
Elever og studerende	1.156	1.249	16%	-15%
Øvrigt personale	116	74	1%	12%
I alt fastansatte	7.948	7.256	91%	-7%
Timelønnede	1.178	717	9%	-3%
I alt fastansatte og timelønnede	9.126	7.973	100%	-7%

Kilde: Rubin + OPUS

Note: Pension København flyttede 86 personer til Københavns Borgerservice primo 2011, og derved sker der et fald i 'Teknisk-/Kontorpersonale' i 2011.

I 3. kvartal 2012 havde forvaltningen 9.126 fastansatte medarbejdere, hvilket svarer til 7.973 fuldtidsstillinger, og 1.178 timelønnede ansatte, hvilket svarer til 717 fuldtidsstillinger.

I forhold til 3. kvartal 2010 er antallet af fuldtidsstillinger opgjort for fastansatte faldet 7%, og ligeledes er fuldtidsstillinger opgjort for timelønnede ansatte faldet 2%. Samlet set er

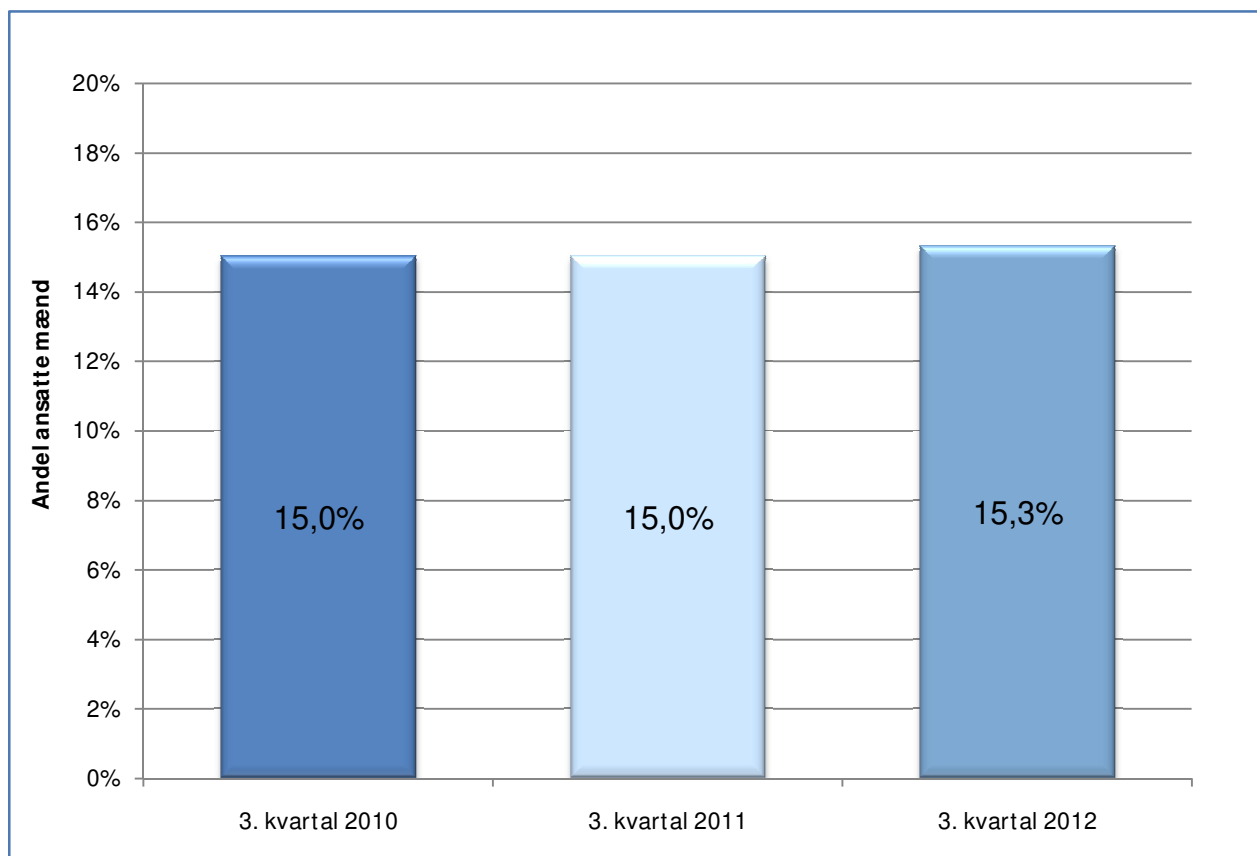
antal fuldtidsstillinger for medarbejdere med direkte brugertid faldet med 4% mens antal fuldtidsstillinger for medarbejdere med indirekte brugertid er faldet med 9%.

Antallet af sygeplejersker (i fuldtidsstillinger) er steget med 24%, mens antallet af social- og sundheds-assistenter (fuldtidsstillinger) er steget med 11%. Samtidig er antallet af social- og sundhedshjælpere og uuddannet social- og sundhedspersonale faldet med henholdsvis 10% og 56%. Uddannelsesniveaet 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 26 – 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

I 3. kvartal 2012 var der 1.233 fastansatte mænd i forvaltningen. Det svarer til 15,3% af alle ansatte, hvilket er en stigning på 0,3%-point siden 3. kvartal 2010. Med den nuværende udvikling vil målet ikke nås i 2014.

Forvaltningen har iværksat en række indsatser for at øge andelen af mænd. I kommunens ligestillingsplan samt Sundheds- og Omsorgsforvaltningens handleplan for ligestilling

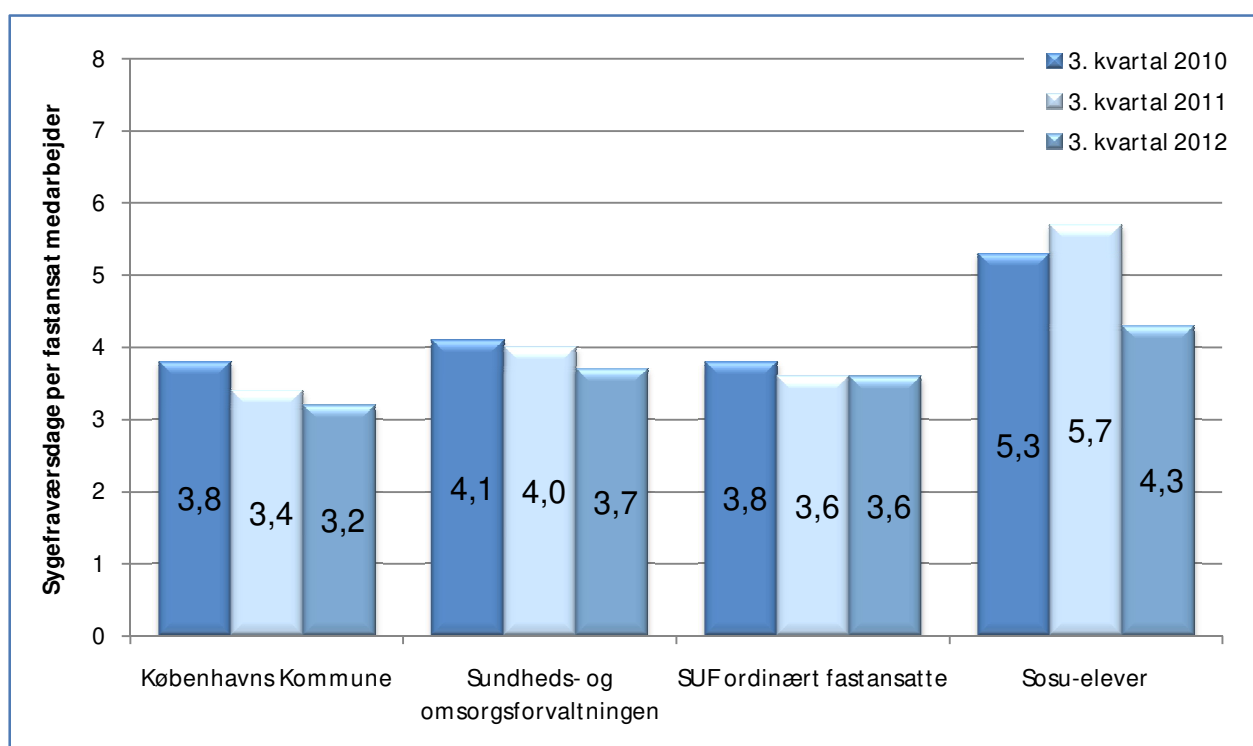
2012-2014 er der iværksat forskellige initiativer med henblik på at ændre kønssammensætningen indenfor omsorgsfag. Disse initiativer er både møntet elevområdet og den generelle medarbejderrekruttering.

## 9.2: SYGEFRAVÆR

### Figur 27 – Sygefravær sammenlignet med Københavns Kommune

Figuren viser det gennemsnitlige antal sygefraværsdage per fastansat medarbejder for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen sammenlignet med hele Københavns Kommune.

Borgerrepræsentationen har besluttet at alle forvaltninger skal nedbringe sygefraværet med 1 dag per fastansat medarbejder per år med udgangspunkt i 2009 niveau. For SUF svarer det til en nedbringelse fra 20,6 dage i 2009 til 17,6 dage i 2012. For hele Københavns Kommune svarer det til en nedbringelse fra 18,6 dage i 2009 til 15,6 dage i 2012.



Kilde: Rubin

Overordnet er sygefraværet faldet siden 3. kvartal 2010 – både i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og i Københavns Kommune generelt.

Forvaltningens sygefravær i alt var 3,7 kalenderdage per fastansat medarbejder i 3. kvartal 2012, hvilket er et fald på 0,4 kalenderdage siden 3. kvartal 2010. Med den nuværende udvikling vil forvaltningen opfylde målet for sygefraværet i 2012.

Sygefraværet for ordinært fastansatte medarbejdere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er faldet med 0,2 kalenderdage, og sygefraværet for søsuelever er faldet med 1,0 kalenderdage fra 3. kvartal 2010 til 3. kvartal 2012. Sygefraværet for søsuelever er faldet med

1,4 kalenderdage siden 3. kvartal 2011, hvilket skyldes at der er igangsat en målrettet indsats for at nedbringe sosu-hjælper elevernes fravær.

Fraværet for hele Københavns Kommune var på 3,2 kalenderdage i 3. kvartal 2012, og er dermed faldet med 0,6 dage i forhold til 3. kvartal 2010.

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.

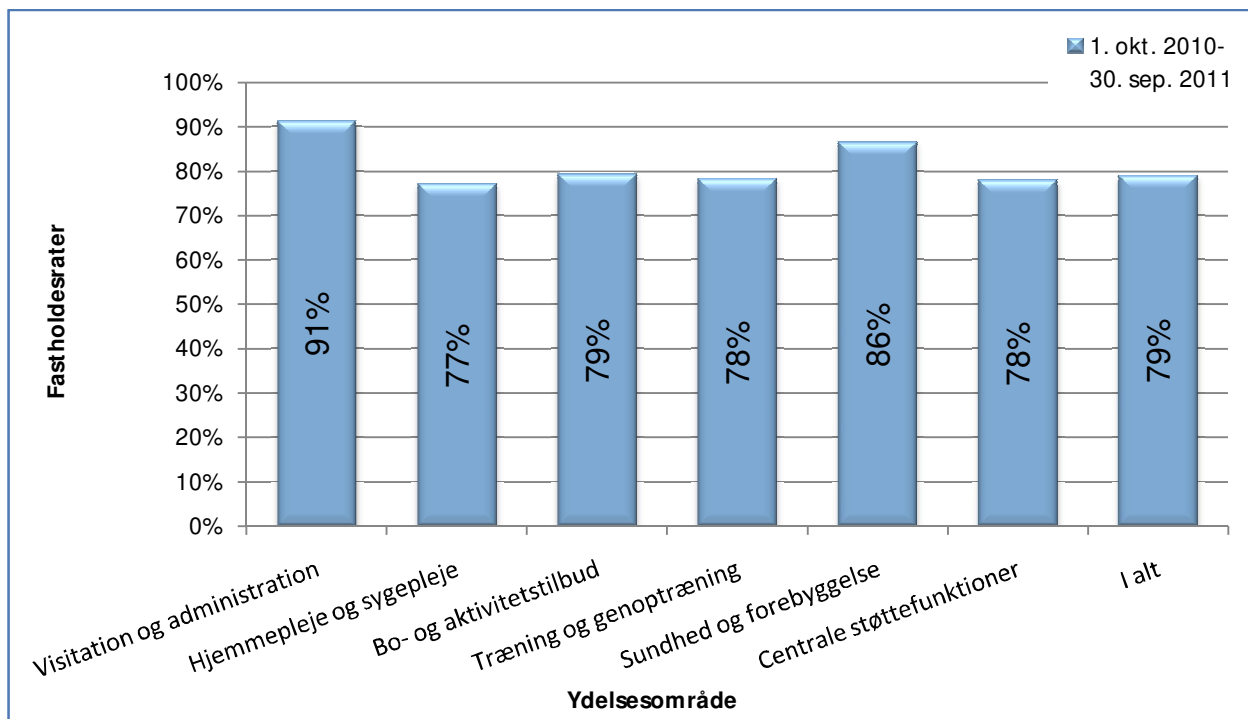
### 9.3: FASTHOLDELSE

I reformprogrammet Aktiv og tryk Hele Livet er der fastlagt et mål for 2015 om at 80% af nyansatte medarbejdere fortsat skal være ansat et år efter de er startet.

Der er i oktober 2012 gennemført en særlig analyse af fastholdelse og fratrædelser blandt nyansatte medarbejdere i Sundheds og Omsorgsforvaltningen. Analysen er udarbejdet fordi det har vist sig, at de tidligere opgørelser af fastholdelsesrater ikke har været retvisende fordi opgørelserne har omfattet medarbejdere, som er ansat i tidsbegrænsede stillinger. Den nye analyse er baseret på manuelle kortlægninger i hele forvaltningen. Der er indsamlet data for medarbejdere, som blev ansat i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i perioden mellem 1. oktober 2010 og 30. september 2011.

## Figur 28 - Fastholdelsesrater fordelt på ydelsesområde

Tabellen viser, fastholdelsesraten for nyansatte medarbejdere ansat i Sundheds- og Om-sorgsforvaltningen mellem 1. oktober 2010 og 30. september 2011 fordelt på ydelsesom-råde.



Kilde: Rubin + Indberetninger fra administrative fællesskaber og enkelte institutioner

Den samlede fastholdelsesrate for nyansatte medarbejdere ansat i Sundheds- og Om-sorgsforvaltningen mellem 1. oktober 2010 og 30. september 2011 udgør 79%. Dvs. at 79% af alle medarbejdere i ikke-tidsbegrænsede stillinger, fortsat var ansat ved udgangen af deres første år. Det politiske mål for 2015 om at 80 % af de nyansatte medarbejdere fortsat skal være ansat et år efter de er startet, er derfor stort set opfyldt.

I 2 ud af 6 områder opfyldes målet om, at mindst 80% af medarbejderne fortsat skal være ansat efter et år, mens 4 områder ligger en anelse under målet. Når der ses på ydelses-områder ligger spredningen mellem fastholdelsesrater mellem 77% og 91%.

## 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 2011. De er medtaget i denne rapport for at give et baggrundsbillede for de øvrige informationer om forvaltningens arbejde, som rapporten indeholder.

### Figur 29 – Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver

Figuren viser Sundheds- og Omsorgsforvaltningens samlede opgaveportefølje.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver falder inden for to hovedområder: Ydelser og tilbud til borgere over 65 år samt Sundhedsfremme og forebyggelse for alle borgere i kommunen.

#### Ydelser og tilbud til borgere over 65 år

- Hjemmepleje
- Pleje- og ældreboliger
- Sygepleje
- Træning
- Forebyggende hjemmebesøg
- Hjælpe midler
- Madservice/Spisetilbud
- Aktivitetstilbud
- Midlertidige døgnpladser
- Omsorgstandpleje

#### Sundhedsfremme og forebyggelse

##### *Ydelser og tilbud til alle borgere*

- Genoptræning
- Borgerrettet og patientrettet forebyggelse

##### *Øvrige opgaver og tilbud*

- Kommunernes Arbejds miljørådgivning
- Sundhedsaftaler
- Specialtandpleje

### Tabel 8 – Borgere i Københavns Kommune fordelt på aldersgrupper og køn

Tabellen viser befolkningsgrundlaget for Københavns Kommune fordelt på aldersgrupper samt køn ved udgangen af 2011.

	Kvinder	Mænd	I alt	Procentfordeling	Udvikling siden 2009
0-64 år	244.062	247.922	491.984	90%	4%
65-79 år	22.687	19.223	41.910	8%	9%
80+ år	10.883	4.273	15.156	3%	-8%
I alt	277.632	271.418	549.050	100%	4%
<b>Antal 65+ år borgere</b>	<b>33.570</b>	<b>23.496</b>	<b>57.066</b>	<b>10%</b>	<b>4%</b>

Kilde: Københavns Kommunes Folkeregisteropgørelse og Danmarks Statistik.

Københavns Kommunes befolkning udgøres af 549.050 borgere ved udgangen af 2011, hvilket er en stigning på 4% sammenlignet med samme tidspunkt 2009. 57.066 borgere – svarende til 10% – er over 65 år. Der er i perioden 2009 til 2011 blevet 4% flere borgere i aldersgruppen 65+.

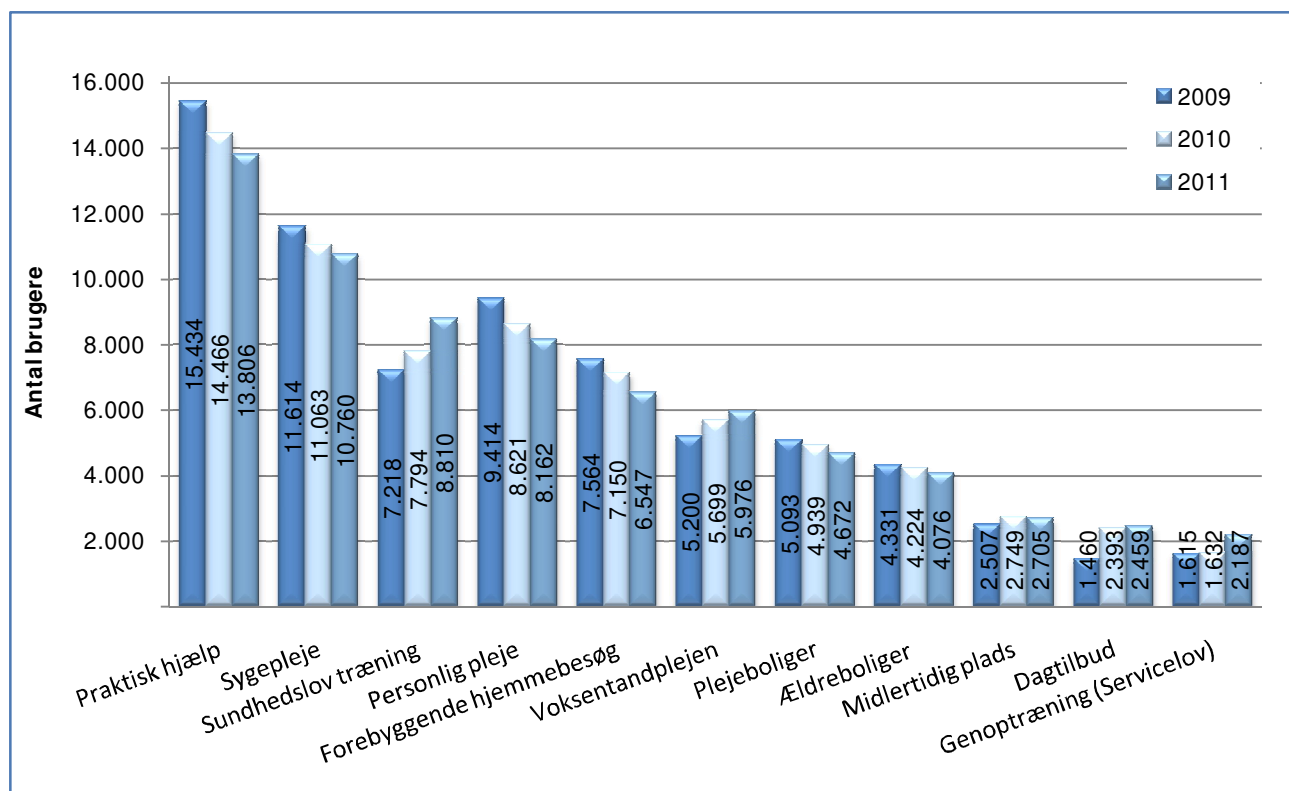
8% af borgerne er 65-79 år, mens 3% er 80 år eller derover. Befolkningssammensætningen blandt de ældre har ændret sig på den måde, at der er blevet 9% flere borgere i alderen 65-79 år, mens antallet af 80+ årige borgere er faldet med 8%.

59% af borgerne i alderen 65+ er kvinder. Der er markant flere kvinder (72%) end mænd (28%) i alderen 80+, mens kønsfordelingen i aldersgruppen 65-79 er mere ligelig.



### Figur 30 – Brugere af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser

Figuren viser Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser fordelt på antal brugere. En bruger kan tælle med flere gange, hvis vedkommende modtager mere end én type ydelse. I opgørelsen indgår ikke borger- og patientrettet forebyggelse.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS), indberetninger fra voksentandplejen 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: 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. Borgere, der er inaktive, indgår ikke i opgørelsen

I 2011 var der i alt 34.002 brugere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Dette er et fald på 4% siden 2010.

Af figuren fremgår det, at praktisk hjælp er den ydelse i forvaltningen, som flest brugere modtager årligt (13.806 brugere i 2011) og sygepleje er den næststørste ydelse med 10.760 brugere. Antallet af brugere af praktisk hjælp, personlig pleje, sygepleje og forebyggende hjemmebesøg er alle faldet med mellem 7-13% fra 2009 til 2011. Antallet af brugere i plejebolig og ældrebolig er faldet mellem 6-8% siden 2009. Disse fald skal ses i sammenhæng med, at alderssammensætningen i aldersgruppen har ændret sig, så der er blevet flere borgere i alderen 65-79 og færre i alderen 80+, som generelt har det største plejebæhov (jf. tabel 8).

## FIGUR- OG TABELOVERSIGT

Figur 1 – Medicineringskæden.....	10
Figur 2 – Sagsbehandlingstider på hjemmeplejeområdet.....	12
Figur 3 – Kommunale hjemmeplejebesøg og hjemmeplejeburere.....	13
Figur 4 – Visiterede timer til brugere, der har valgt private hjemmeplejeverandører .....	14
Figur 5 – Hjemmeplejeburere fordelt på plejetyngde.....	15
Figur 6 – Brug af aktiverende ydelser til nyvisiterede borgere.....	16
Figur 7 – Brug af hverdagsrehabiliterende ydelser.....	17
Figur 8 – Antal forskellige hjælpere i dagtimerne.....	18
Figur 9 – Antal forskellige hjælpere i aftentimerne.....	19
Figur 10 – Sygeplejebesøg og sygeplejeburere.....	20
Figur 11 – Sygeplejekategorier .....	21
Figur 12 – Borgere i sygeplejeklinik.....	22
Figur 13 – Sagsbehandlingstider på plejeboligområdet .....	23
Figur 14 – 4-ugersgarantien for plejeboliger.....	24
Figur 15 – Tidligere dialog og flytning til plejebolig .....	25
Figur 16 – Ophold i plejebolig og midlertidige døgnpladser.....	26
Figur 17 – Antal ventende færdigbehandlede patienter per dag Linda.....	28
Figur 18 – Forebyggelige indlæggelser.....	29
Figur 19 – Ventetider på genoptræning .....	30
Figur 20 – Genoptræningsplaner.....	31
Figur 21 – Forebyggende hjemmebesøg.....	32
Figur 22 – Patientrettede forebyggelsesforløb .....	33
Figur 23 – Telemedicin .....	34
Figur 24 – Borgerrettede forebyggelsesforløb.....	35
Figur 25 – Rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere .....	36
Figur 26 – Andel fastansatte mænd .....	43
Figur 27 – Sygefravær sammenlignet med Københavns Kommune .....	44
Figur 28 - Fastholdelsesrater fordelt på ydelsesområde .....	46
Figur 29 – Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver .....	47
Figur 30 – Brugere af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser.....	49
Tabel 1 – Ventedage efter færdigbehandling Linda.....	27
Tabel 2 – Kommunale tilsyn med hjemmeplejeverandører.....	37
Tabel 3 – Kommunale tilsyn med sygeplejeverandører .....	38
Tabel 4 – Kommunale tilsyn med plejeboligheder .....	39
Tabel 5 – Embedslægetilsyn med plejeboligheder.....	40
Tabel 6 – Klager .....	41
Tabel 7 – Antal fuldtidsstillinger opdelt på medarbejdere med direkte og indirekte brugertid .....	42
Tabel 8 – Borgere i Københavns Kommune fordelt på aldersgrupper og køn.....	48

**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
**Sundheds- og Omsorgsforvaltningen**  
**Strategi og Analysestab**  
**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)**