

KVARTALSRAPPORT 2. KVARTAL 2012

FOR SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN



INDHOLD

KAPITEL 1: INDLEDNING	3
KAPITEL 2: RESUMÉ	4
KAPITEL 3: AKTIVITETSSTATUS	11
3.1: STATUS PÅ LÆNGE LEVE KØBENHAVN	11
3.2: STATUS PÅ AKTIV OG TRYK HELE LIVET.....	19
3.3: STATUS PÅ MEDICIN.....	25
KAPITEL 4: HJEMMEPLEJE.....	28
4.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER.....	28
4.2: BORGERE, DER MODTAGER HJEMMEPLEJE	30
4.3: ANTAL FORSKELLIGE HJÆLPERE I BØRGERNES HJEM	35
KAPITEL 5: SYGEPLEJE	37
5.1: BORGERE, DER MODTAGER SYGEPLEJE	37
KAPITEL 6: PLEJEBOLIGER.....	40
6.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER.....	40
6.2: BEBOERE, DER BOR I PLEJEBOLIG.....	43
KAPITEL 7: HJEMTAGNING, GENOPTRÆNING OG FOREBYGGELSE	44
7.1: BORGERE, DER HJEMTAGES OG GENOPTRÆNES.....	44
7.2: BORGERE, DER MODTAGER FOREBYGGENDE TILBUD	49
7.3: FOREBYGGELSE OG FOREBYGGELSESCENTRENE.....	50
KAPITEL 8: DOKUMENTATION OG TILSYN	54
KAPITEL 9: MEDARBEJDERE	59
9.1: MEDARBEJDERE.....	59
9.2: SYGEFRAVÆR	61
9.3: FASTHOLDELSE.....	62
APPENDIKS: BORGERE OG BRUGERE	63
FIGUR- OG TABELOVERSIGT	66

KAPITEL 1: INDLEDNING

Hensigten med 'Kvartalsrapport 2. kvartal 2012' er at tegne et samlet billede af, hvordan 2. kvartal 2012 forløb for de borgere, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen servicerer, og de medarbejdere, som forvaltningen beskæftiger.

Desuden er det hensigten med rapporten at give en systematisk status på de politiske mål, der har været sat for forvaltningen, samt give en status på medicinområdet og på aktiviteterne i Reformprogrammet 'Aktiv og Tryk Hele Livet' og Sundhedspolitikken 'Længe Leve København'.

Rapporten er opbygget som følger:

Kapitel 2 indeholder et resumé af rapporten.

Kapitel 3 indeholder en **status** på aktiviteter i '**Længe Leve København**' og '**Aktiv og Tryk Hele Livet**' samt 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 **hjemtagning** fra hospitalerne og **genoptræning**. Derudover indeholder kapitlet oplysninger om **forebyggende hjemmebesøg** samt **patientrettede og borgerrettede forløb**.

I **kapitel 8** beskrives forvaltningens **tilsyn** og **dokumentation** i form af, utilsigtede hændelser samt antallet af klagesager.

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

I de fleste tilfælde opgøres tallene for 2. kvartal 2010, 2011 og 2012, og som oftest sammenlignes tallene for 2. kvartal 2012 med 2. kvartal 2010 frem for 2. kvartal 2011 for at give et længere perspektiv på udviklingen.

God læselyst.

Sundheds- og Omsorgsborgmester

Ninna Thomsen

Administrerende direktør

Anne Skovbro

KAPITEL 2: RESUMÉ

1. Hjemmepleje (kapitel 4)

1.a. Opfølgning på mål

Sagsbehandling: Målet er, at mindst 80% af alle sager skal behandles inden for sagsbehandlingsfristen. For både personlig pleje, praktisk hjælp og madservice blev 88% af sagerne behandlet inden for sagsbehandlingsfristerne i 2. kvartal 2012. For de tekniske og personlige hjælpemidler blev sagsbehandlingsfristerne overholdt i henholdsvis 74% og 86% af sagerne. Der er iværksat en særlig indsats for at nedbringe sagsbehandlingstiden for tekniske hjælpemidler (figur 2).

Aktiverende ydelser: Sundheds- og Omsorgsudvalget har et mål om at borgere i stigende grad skal visiteres til aktiverende ydelser. Det fremgår derfor af 'Længe Leve København', at andelen af nyvisiterede borgere, der modtager aktiverende ydelser, skal stige til 20 % i 2014. I 2. kvartal 2012 blev 23 % af de nyvisiterede borgere visiteret til aktiverende ydelser, og derved har forvaltningen på nuværende tidspunkt indfriet målet for 2014 (figur 6).

Det er på tilsvarende vis en målsætning i 'Aktiv og Tryk Hele Livet', at alle, som modtager praktisk hjælp, bliver trænet til at klare sig selv bedst muligt. Her viser data for 2. kvartal 2012, at 6 % af borgerne med praktisk hjælp modtog hverdagsrehabiliterende ydelser. Dette er en stigning på 4 %-point siden 4. kvartal 2011 (figur 7).

Forskellige hjælpere: Sundheds- og Omsorgsudvalget har besluttet, at to ud af tre hjemmeplejebesøg (66%) skal varetages af primær eller sekundær hjælpere hos borgere med op til 12 timers hjælp om ugen. I daghjemmeplejen blev 61% af besøgene leveret af primær eller sekundær hjælpere i 2. kvartal 2012. Det tilsvarende tal for aftenhjemmeplejen var 66%. Målet er således opnået i aftenhjemmeplejen, men ikke i daghjemmeplejen. Situationen har stort set været status quo siden 2. kvartal 2010. Forvaltningen arbejder løbende med at forbedre planlægningsfunktionen og er i 2012 i gang med at indføre faste teams af hjælpere til alle borgere. Der er stor opmærksomhed på at nedbringe antallet af forskellige hjælpere, men det har vist sig vanskeligt at indfri målet, bl.a. på grund af andre indsatser vedr. demografitilpasning, kompetenceudvikling mv. Det vil formentlig fortsat være vanskeligt at opfylde målet fremover, men der kan måske opnås en forbedring af målopfyl-

delsen, når faste teams er fuldt implementeret ved udgangen af 2012. (figur 8 og 9).

1.b. Øvrige konklusioner

Besøg: Fra 2. kvartal 2010 til 2. kvartal 2012 er antallet af leverede besøg og antal brugere i den kommunale hjemmepleje faldet med henholdsvis 15% og 16% (figur 3).

Private leverandører: Fra 2. kvartal 2010 til 2. kvartal 2012 er andelen af visiterede timer til borgere, der har valgt privat hjemmeplejeleverandør, steget fra 24% til 28% for praktisk hjælp og fra 8% til 12% for personlig pleje (figur 4).

Plejetyngde: Af de 9.960 borgere, der i 2. kvartal 2012 modtog hjemmepleje, fik 69% mindre end to timers hjælp om ugen eller modtog udelukkende tøjvask, turkøb, indkøb og/eller madservice. 5% af hjemmeplejemodtagerne modtog 12 eller flere timers hjælp om ugen. Borgernes fordeling på plejetyngde er nogenlunde den samme som de foregående år (figur 5).

2. Sygepleje (kapitel 5)

2.a. Opfølgning på mål

Sygeplejeklinik: 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 2. kvartal 2012 modtog 40% af borgerne i målgruppen sygepleje på en sygeplejeklinik mod 26% ultimo 2. kvartal 2010. Udviklingen går dermed i den rigtige retning, samtidig med, at der stadig er langt til målet. Ansættelsen af sygeplejekoordinatorer har medvirket til at øge anvendelsen af sygeplejeklinikkerne. Koordinatorerne gennemgår jævnligt borgere med sygepleje med henblik på at øge andelen af borgere, der får sygepleje i klinik (figur 12).

2.b. Øvrige konklusioner

Besøg: Antallet af borgere, der modtager sygepleje, er faldet med 5% fra 2. kvartal 2010 til 2. kvartal 2012. I samme periode er antallet af besøg i hjemmesygeplejen steget med 1% (figur 10).

Sygeplejekategorier: Hovedparten (43%) af de visiterede timer til sygepleje består af ydelser i kategorien 'medicinhåndtering'. De næststørste ydelser er i kategorien 'undersøgelse og behandling' (27%) og 'sårbehandling' (16%). (figur 11).

3. Plejeboliger (kapitel 6)

3.a. Opfølgning på mål

Sagsbehandling: Målet er, at mindst 80% af alle sager behandles inden for sagsbehandlingsfristen, og at alle borgere får tilbud om en bolig inden for fire uger. I andet kvartal 2012 blev 92% af sagerne om ansøgning til plejebolig behandlet inden for fristen og 96% af borgerne fik tilbudt en bolig inden for 4 uger. Derved er målene overholdt (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 2. kvartal 2012 var 27% af borgere med mere end 12 timers hjælp om ugen blevet godkendt til plejebolig. Denne andel har ligget på et stabilt niveau siden 2. kvartal 2010. Visitationen har fokus på at få de borgere, der har et stort plejebehov, motiveret til at søge plejebolig, men der er et stort pres på plejeboligerne som følge af moderniseringsplanen, hvor der er lukket en række plejehjem. Der kan være behov for yderligere indsatser for at øge indflytningen i plejeboliger, og der er derfor fremsat nogle budgetforslag for 2013 på dette område, herunder forslag om profilplejehjem (figur 15).

3.b. Øvrige konklusioner

Beboere: Antallet af beboere i plejebolig er faldet med 6% fra 2. kvartal 2010 til 2. kvartal 2012. Antallet af beboere på midlertidige døgnpladser er i samme periode steget med 3% (figur 16).

4. Hjemtagning, genoptræning og forebyggelse (kapitel 7)

4.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 2. kvartal 2012 var der 10 borgere ud af 260 ventende borgere, svarende til 4%, som ventede mere end 14 dage på hjemtagning. Til sammenligning ventede 17 borgere mere end 14 dage i 2. 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 2012 (rullende år) var der 31 ventende patienter pr. dag, hvilket er på niveau med 2010. Kommunen lever derved ikke op til målsætningen. Forklaringen er bl.a., at der på grund af moder-

niseringsplanen er et stort pres på plejehjemspladserne, hvilket også giver en afsmittende effekt på rehabiliteringspladserne, hvor borgerne bl.a. hjemtages til. (figur 17).

Forebyggelige indlæggelser: Det er et mål i 'Længe Leve København', at antallet af forebyggelige indlæggelser af 65+ årige borgere, som kommunen er i kontakt med, skal falde til 1.125 indlæggelser om året i 2014. I 1. kvartal 2012 var der 766 forebyggelige indlæggelser, svarende til ca. 3.000 indlæggelser på et år. Der er således et godt stykke vej til målet for 2014. Forvaltningen har iværksat forskellige indsatser med henblik på at mindske forebyggelige indlæggelser, blandet andet systematisk faldforebyggelse og forskellige modeller med samarbejde mellem hospitaler, praktiserende læger og forvaltningen. Det forventes dog ikke, at indsatserne når at påvirke antallet af forebyggelige indlæggelser i 2012, da der er en vis indkøringstid før der kan opnås effekter i form af færre indlæggelser (figur 18).

Ventetider på genoptræning: I 2. kvartal 2012 blev målene på ventetid på genoptræning efter Sundhedsloven overholdt i 99% af de normale forløb og i 98% af de accelererede forløb. For genoptræning efter Serviceloven blev målet for ventetid overholdt i 96% af tilfældene (figur 19).

Forebyggende hjemmebesøg: Ifølge Serviceloven skal alle hjemmeboende borgere over 75 år tilbydes mindst ét årligt forebyggende hjemmebesøg. I 2. kvartal 2012 modtog 98% hjemmeboende borgere et rettidigt tilbud, hvilket er en stigning fra 85% i 2. 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 990 kronisk syge borgere et patientrettet forebyggelsesforløb i 1. halvår 2012, hvilket tyder på at forvaltningen allerede i 2012 vil komme tæt på at nå 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. I 2012 er der fastlagt et administrativt delmål om telemedicinsk understøttelse af hhv. 250 borgere med sår og 75 borgere med KOL. Efter 1. halvår 2012 er 48 % af målet vedrørende sårbehandlingsborgere opfyldt og det tyder derfor på, at forvaltningen stort set kan nå delmålet for sårbehandling i 2012. Telemedicinsk undersøttelse af KOL-patienter er først startet i 2.

kvartal 2012, så det er endnu for tidligt at vurdere, om måltallet for KOL-behandling kan nås i 2012 (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. Det administrative delmål for 2012 er 7.720 borgere. I 1. halvår 2012 fik 3.799 borgere et forebyggelsestilbud, hvilket indikerer at forvaltningen kan indfri målet for 2012 (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. halvår 2012 var 53% af alle rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere. Målet for 2014 er således opfyldt i 1. halvår 2012 (figur 25).

4.b. Øvrige konklusioner

Genoptræningsplaner: Det samlede antal genoptræningsplaner er steget med 10% fra 2. kvartal 2010 til 2. kvartal 2012. Samtidig er andelen af genoptræningsforløb, der varetages af kommunen, steget fra 78% i 2. kvartal 2010 til 81% i 2. kvartal 2012 (figur 20).

5. Dokumentation og tilsyn (kapitel 8)

5.a. Opfølgning på mål

Kommunale tilsyn - hjemmepleje: Ifølge Københavns Kommunes kvalitetsmål må ingen plejeboliger eller hjemmeplejeenheder gå igennem et kalenderår uden at blive godkendt ved tilsynet. På grund af justeringer i tilsynskonceptet i 1. kvartal 2012 er der i første halvår 2012 kun gennemført og afrapporteret ét opfølgende tilsyn med hjemmeplejen/sygeplejen, nemlig et opfølgende tilsyn med sygeplejen Nørrebro. Tilsynet blev ikke godkendt. Der er iværksat en række indsatser for at forbedre kvaliteten af medicin håndteringen i sygeplejen Nørrebro.

Kommunale tilsyn - plejeboliger: Der er i 1. halvår 2012 gennemført og afrapporteret fire kommunale uanmeldte tilsyn med plejeboligenheder. Alle fire tilsyn blev godkendt. (tabel 2).

5.b. Øvrige konklusioner

Utilsigtede hændelser: I 2. kvartal 2012 var der registeret 4.331 utilsigtede hændelser i hjemmeplejen og plejeboligenhederne. De fleste utilsigtede hændelser skyldes fald (71%) og medicin (26%) (figur 26).

Embedslægetilsyn: Embedslægerne har gennemført og afrapporteret 7 tilsynsbesøg på københavnske plejeboligheder i 1. halvår 2012. De 7 tilsyn er alle vurderet i en af de tre bedste ud af fem kategorier (tabel 3).

Klager: Forvaltningen har i 1. halvår 2012 færdigbehandlet 91 klagesager, hvilket svarer til ca. 3,9 klagesager per 1.000 modtagere i forvaltningen. Antallet af klagesager er faldet siden 1. halvår 2011, hvor der var 4,1 klagesag per 1.000 modtagere. I 20% af klagerne blev der givet medhold i mindst ét af klageemaerne (tabel 4).

6. Medarbejdere (kapitel 9)

6.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 15,5% i 2. kvartal 2012, hvilket er en stigning på 0,7%-point siden 2. kvartal 2010. Forvaltningen har iværksat en række indsatser for at øge andelen af mænd. På elevområdet er der stor fokus på rekruttering af mænd med fokus på sundhedsteknologi. Det forventes at der kan rekrutteres mænd fra andre målgrupper via denne indsats. I forbindelse med kommunens ligestillingshandlingsplan er der iværksat yderligere tværgående initiativer for at styrke rekrutteringen og fastholdelsen af mænd (figur 27).

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 3,9 kalenderdage per fastansat medarbejder i 2. kvartal 2012, hvilket er et fald på 0,5 kalenderdage siden 2. kvartal 2010. Med den nuværende udvikling vil forvaltningen opfylde målet for 2012 (figur 28).

Fastholdelsesrater: Reformprogrammet 'Aktiv og Tryk Hele Livet' indeholder et mål for 2015 om, at 80% af nye medarbejdere fortsat er ansat ét år efter ansættelsen. En kortlægning har vist, at en stor del af de medarbejdere, der stopper deres ansættelse inden for et år stopper, fordi de er ansat i tidsbegrænsede stillinger. Disse medarbejdere skal ikke indgå i opgørelsen af fastholdelsesraten. Forvaltningen vil til kvartalsrapporten for 3. kvartal 2012 udarbejde en opgørelse af fastholdelsesraten, som udelukkende omfatter fastansatte medarbejdere.

6.b. Øvrige konklusioner

Ansatte: Ved udgangen af 2. kvartal 2012 havde forvaltningen 8.037 fastansatte medarbejdere. I forhold til udgangen af 2. kvartal 2010 er der sket et fald på 7% i antal fastansatte (tabel 5).

KAPITEL 3: AKTIVITETSSTATUS

Dette kapitel indeholder en status på aktiviteter, der knytter sig til Sundhedspolitikken 'Længe Leve København' og Reformprogrammet 'Aktiv og Tryk Hæle Livet' samt en status for forvaltningens aktiviteter på medicinområdet.

3.1: STATUS PÅ LÆNGE LEVE KØBENHAVN

Dette afsnit indeholder status på igangsatte og planlagte indsatser under Sundhedspolitikken 'Længe Leve København'.

Der udarbejdes en årlig rapport, som vurderer status på samtlige aktiviteter under programmet. Den kvartalsmæssige status rapporterer primært på aktiviteter, hvor der er sket ny udvikling eller kan konstateres manglende fremdrift i forhold til det planlagte.

Spør 1: 'Mere liv – Bedre byliv' Kort version: Byen skal indrettes og udvikles, så det bliver sjovere og lettere at leve et sundt og aktivt liv i København	
Specifikke målsætninger	Status på indsatser
Forbedre mulighederne for at gå og cykle i byen	<u>Cykelruter:</u> <ul style="list-style-type: none">• TMF har fået afslag fra den statslige cykelpulje til de tre nye cykelsuperstier Ishøjruuten, Indre Ringrute og Birkerødruten, som der blev søgt midler til i marts 2012.• Cykelsuperstier er blevet en del af den indgåede aftale om takstnedsættelser og investeringer til forbedring af den kollektive trafik, hvor der i alt er afsat 189 mio. kr. til cykelsuperstier. Den landspolitiske proces omkring fordeling af midlerne er endnu ikke afklaret (TMF). <u>Færre korte bilture:</u> <ul style="list-style-type: none">• Indsatsen rettet mod at flytte københavnernes korte bilture til cykelture afholdes i 2012 primært i regi af 'Sikre Skoleveje', da mange korte bilture foretages, når forældre kører deres børn i skole. Der afholdes en kampagne tre uger i september med inspirationsmagasin, informationsmateriale og events på 8 skoler (TMF). <u>Sikre skoleveje:</u> <ul style="list-style-type: none">• Sikre Skoleveje og By X har i samarbejde med elever fra Sønderbro Skole på Amager etableret en midlertidig cykellommepark (forhindrebanen) i juni-august 2012 foran skolen i Frankrigsgade, som prøvetorb i PhD-projektet Skab din by. Erfaringerne fra cykelbanen skal give viden om brugerinddragelse til at designe bedre byrum og trafikløsninger i København (TMF).

<p>Bedre indretning af byen til leg og bevægelse</p>	<p><u>Bevægelsesfremmende byrumsprojekter:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • I forbindelse med anlæg af aktivitetspladsen på Guldbergs Plads på Nørrebro målrettet motionsuvante voksne, blev der som led i borgerinddragelsesprocessen afholdt en uges workshop fra den 9.-17. juni med idéudvikling og byggeri af prototyper (TMF). <p><u>Adgang til udendørsarealer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • BUF's planer for Tove Ditlevsen skole og Hyltebjerg skole er sat i bero på grund af afventning fra Lokale-Anlægsfonden (BUF). <p><u>Sundhed i bydelsplanerne:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokaludvalgene arbejder på 12 bydelsplaner for perioden 2013 – 2017, hvor minimum ét af de 15 projektforslag, som bydelsplanerne skal indeholde, skal dreje sig om sundhed i byen. Bydelsplanerne forventes at blive sendt i høring i fagudvalgene primo 2013 (ØKF). <p><u>KEjd:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • KEjd afholder i efteråret 2012 en workshop for deres projektledere i anlægsafdelingen med fokus på multifunktionel indretning. KFF har udarbejdet et budgetønske på 3 mio. kr. årligt i tre år til pilotprojekter med indarbejdelse af arkitektur, der stimulerer til bevægelse i kultur-, børne- og fritidsinstitutioner (KEjd).
<p>Styrke mulighederne for at københavnere i alle aldre kan være aktive i foreningslivet</p>	<p><u>Støtte til frivillige foreninger og initiativer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er indgået aftale med Bydelsmødrenes Landsorganisation om at gennemføre et overbygningskursus for nye og gamle bydelsmødre, som har interesse i kultur – og fritidslivet. På kurset vil de få viden om foreningslivet, motion og guidning af familier og børn til et aktivt fritidsliv (KFF). • SOU har den 21. maj 2012 behandlet forslag til reduktion af midler til aktiviteter for ældre i KK efter Servicelovens § 79 fra 2013. Sagen blev efterfølgende sendt i høring, og de indkomne høringssvar og en estimeret fordeling af midlerne efter de nye retningslinjer forelægges SOU den 16. august 2012 (SUF).
<p>Skabe et byliv med renere luft</p>	<p><u>Trafikrelateret luftforurening:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Udkast til Handlingsplan for Grøn Mobilitet har været i offentlig høring i perioden fra den 7. maj til den 18. juni 2012 og den endelige udgave af handlingsplanen forventes politisk behandlet i september og oktober 2012 (TMF).

<p>Spør 2: 'Sund og aktiv hverdag' Kort version: Sundhed og særligt bevægelse skal være en del af københavnernes hverdag ved at lade det være en del af løsningen af kommunens opgaver i daginstitutioner, skoler, ældrepleje, beskæftigelses- og sociale tilbud</p>	
<p>Specifikke målsætninger</p>	<p>Status på indsatser</p>
<p>Bevægelse, sund mad og trivsel er en central del af børn og unges hverdag i kommunens institutioner og skoler</p>	<p><u>Renovering af legepladser:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> BR vedtog den 26. april 2012, at de 8,1 mio. kr. til renovering skal anvendes til følgende 13 legearealer: Brønshøj Skole, Amager Fælled Skole, Christianshavns Skole, Fritidshjemmet Pløkken, Stefansgården, Børneraketten, Sundby fritidshjem, Galaxen (Øresundsvej), Vuggestuen ved Carlsberg, Fritidshjemmet Skansebjerg, Centerbørnehaven, Marthahjemmet og Kolibrien (BUF). <p><u>Organiseret leg og bevægelse på skoler, fritidshjem og klubber i og efter skoletid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> BUF har igangsat 'Bevægelsesteam København', der skal give inspiration til institutioner om systematisk arbejde med leg og bevægelse. 78 institutioner har i første omgang meldt sig og 17 institutioner deltager i efteråret 2012. SOU og BUU besluttede i juni 2012 at justere indsatserne under Øget Sundhed for Børn (ØSB), således at indsatsen 'Move@School' opskaleres i 2013, mens indsatsen 'Skolesport' ophører. Hensigten er at målrette bevægelsesindsatsen i undervisningstiden. Udvalgte besluttede at fortsætte finansiering af den sundhedspædagogiske profil på Amager Fælled Skole, hvor sundhed og særligt bevægelse indtænkes i skolens rammer og undervisning. Udvalgene besluttede desuden at igangsætte en ny indsats i 2013, der sigter mod at etablere bevægelsestilbud til inaktive børn i udsatte boligområder, bl.a. med afsæt i erfaringerne fra indsatsen 'Klar, Parat – Husum'. <p><u>Madordninger:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Yderligere en skole bliver 'madskole': Tagensbo Skole (BUF). <p><u>Trivsel:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> SOU og BUU besluttede i juni 2012 at nedskalere midlerne til monitorering af børnesundheden og dermed frigive midler til nye udviklingsindsatser under ØSB. Monitoreringsværktøjet 'Skolesundhed.dk' afprøves i 2012 under ØSB. BUF fortsætter sin monitorering af skoleelevers trivsel via 'Københavnbarometeret'.
<p>En sundere ryge-, alkohol- og rusmiddelkultur blandt elever på de æld-</p>	<p><u>Undervisningsmateriale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Inspirationsmateriale til skolernes seksualundervisning (0.-3.klasse, 4.-6.klasse og 7.-9. klasse) er udsendt til skolerne (BUF).

<p>ste klassetrin og på uddannelsesinstitutioner</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I efteråret 2012 igangsættes et ung til ung pilotprojekt 'Normstørmerne', der har til formål at skabe øget inklusion af bøsser, lesbiske, biseksuelle, transseksuelle og alle andre, der ikke passer ind i normerne for kønsidentitet og seksuel orientering (BUF). • Materiale om 'Tackling' og 'RealityCheck' er udsendt til skolerne i august 2012. Finansiering via ØSB fortsætter i 2013 og 2014, hvorefter der laves status (BUF). <p><u>Samarbejde mellem skole og hjem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilbud omhandlende 'En teenager i familien' er udsendt til skolerne august 2012. Finansiering via ØSB fortsætter i 2013 og 2014, hvorefter der laves status. I efteråret 2012 udvikles en model for et fælles elev- og forældremøde og en model for forældremøde målrettet tosprogede forældre. Desuden fokus på at nå skoler, som ikke tidligere har taget imod tilbuddet (BUF). <p><u>Rådgivning og dialog med unge om sundhed (digitale medier)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • SOU og BUU besluttede i juni 2012 at justere indsatserne under ØSB, herunder at igangsætte en ny indsats i 2013, der er målrettet unge på ungdomsuddannelser, -skoler og – klubber i KK. Indsatsen vil omhandle informations- og kommunikations- teknologi målrettet støtte af unge i at ændre sundhedsadfærd, særligt i forhold til rygning og alkohol.
<p>Sundere arbejdsliv på kommunens arbejdspladser</p>	<p><u>Sundere rammer på arbejdspladsen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Projektet 'Mere sund - mindre rund' holdt afslutningskonference den 14. juni 2012. De konkrete tiltag er samlet i et idékatalog: 'Inspiration til sundhedsfremmende indsats på arbejdspladsen'. Herudover er der udarbejdet en evalueringsrapport, som sammen med anbefalinger skal drøftes af personalechefkredsen primo september med henblik på videre implementering og udbredelse af erfaringerne fra projektet (ØKF). • På baggrund af handleplanen for den fælles sundhedsfremmestrategi for medarbejdere i KK, er der nedsat en arbejdsgruppe med deltagelse af repræsentanter for de faglige organisationer og KK. De udarbejder udkast til personalesundhedspolitik, som fremlægges CSO ultimo 2012 (ØKF). • Plejecenter Ringbo i SOF er trådt ud af projekt 'Sundhedsledelse', og Center for Rønhold i TMF deltager i stedet (ØKF). <p><u>Sundhedsledelse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Koncept for sundhedsledelse i lederuddannelsesprogrammet LUP3 er afprøvet og evalueret, og er nu en del af undervisningen på LUP3 (ØKF). • Lokalt aftalt røgfri arbejdstid er drøftet i CSO den 19. juni 2012, og

	<p>forventes behandlet på møde i BR den 23. august 2012 (ØKF).</p> <p><u>Viden om sundhed og sundhedsfremme blandt medarbejderne:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Den første af årets to temaeftermiddage for kommunens medarbejdere blev afholdt den 16. maj 2012 under overskriften 'Mental sundhed i København'. Årets anden temaeftermiddag forventes afholdt i november 2012 (SUF).
<p>Bedre støtte til ældre i at leve et aktivt og selvstændigt liv</p>	<p><u>Teknologiske løsninger, som understøtter ældres fysiske og mentale funktionsniveau og virtuel genoptræning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se afsnit under status for Aktiv og Tryk Hele Livet under vision 2, teknologi som støtte til det gode ældre liv s 20-21.
<p>Forbedre ledige københavnernes sundhed som led i beskæftigelsesindsatsen</p>	<p><u>Tilbud om rygestop og rådgivning om alkohol og motion i beskæftigelsesindsatsen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Samarbejdsaftaler, kommunikationsveje og systemunderstøttelse er udviklet, og fra juni 2012 er de første kontanthjælpsmodtagere og ledige unge henvist fra jobcentre og beskæftigelsescentre til sundhedstilbud i forebyggelsescentrene. Der er udviklet og implementeret nye sundhedstilbud i beskæftigelsescentrene CKB og CAB omkring sund morgenmad og rygestopforløb. I tredje kvartal opstartes nye tilbud omkring motionsvejledning, hashgrupper og positiv psykologi i beskæftigelsescentrene (BIF-SUF-SOF). • Pilotprojektet om en forstærket indsats for de mest udsatte kontanthjælpsmodtagere (fælles match 3 borgere), der er i behandling for stofmisbrug, er igangsat august 2012 og er finansieret året ud (BIF, SOF). <p><u>Sundhedsvejledning for kontanthjælpsmodtagere:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sundhedsvejledningen for kontanthjælpsmodtagere i CAB er startet op. Der er ved at blive udviklet samtale- og progressionsværktøjer, som skal styrke vejledernes dialog med borgerne om helbred og sundhed og muligheden for at måle sundheds-/helbredsmæssig progression under borgernes beskæftigelsesforløb (BIF-SUF-SOF). <p><u>Kompetenceudvikling af medarbejdere:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Første del af den generelle kompetenceudvikling af medarbejderne i jobcentrene og beskæftigelsescentrene er gennemført. Kompetenceudviklingen af forebyggelsescentrenes medarbejdere og medarbejdere i SOF vil finde sted i efteråret. Enkeltmedarbejdere, der er ansvarlige for nye sundhedstilbud, har været på eksterne temaspesifikke kurser. Der vil løbende ske kompetenceudvikling af relevante medarbejdere i løbet af projektperioden (BIF-SUF-SOF).

<p>Bedre sundhed og livs-kvalitet for beboere i botilbud og brugere af aktivitets-, samværstilbud og væresteder på socialområdet</p>	<p><u>Sundhedspolitik for borgere med sindslidelser:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er ansat to sundhedskonsulenter, som skal varetage implementering af sundhedspolitikken samt yderligere kvalificere den sundhedsmæssige indsats på de socialpsykiatriske centre. Der afholdes to rygestopkurser i 2012 for medarbejdere primært i de socialpsykiatriske botilbud. Projektet 'Røgfrie væresteder' afsluttes i april 2013, i tilknytning hertil er afholdt rygestopambassadørkurser for medarbejdere i herberger og på væresteder (SOF). <p><u>Sundhedspolitik på handicapområdet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Høringsudgaven af sundhedspolitikken er godkendt af SUD den 16. juni 2012. Politikken er sendt i høring og forventes efter endt høringsperiode forelagt SUD oktober 2012 (SOF).
---	---

<p>Spør 3 'Mere lighed i sundhed' Kort version: Sundheden skal forbedres markant for københavnere i bydele med stor ulighed i sundhed</p>	
<p>Specifikke målsætninger</p>	<p>Status på indsatser</p>
<p>Bedre integration af sundhed og mulighed for fysisk aktivitet i områdebaserede udviklingsprojekter i bydele med stor ulighed</p>	<p><u>Opsøgende og bolignær indsats målrettet konkrete sundhedsudfordringer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Forebyggelsescentrenes opsøgende arbejde har resulteret i samarbejde med praktiserende læger og Bispebjerg hospital (SUF). <p><u>Frivillige sundhedsambassadører:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De frivillige sundhedsambassadører i Folehaven har sat gang i en række aktiviteter såsom stavganghold og etableret et netværk for enlige voksne med børn (SUF). <p><u>Fysisk aktivitet og bevægelse i udenomsarealerne ved almennyttigt byggeri:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er indgået dialog med Lejerbo om etablering af cykelstiforbindelse i Mjølnerparken (TMF). <p><u>Bevægelsesfremmende byrumsprojekter:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • TMF indvier i september 2012 lommeparken på Litauens Plads på Vesterbro. • KFF fik i forbindelse med overførelsessagen afsat 17 mio. kr. til anlæg af to 11-mands kunstgræsbaner i 2012 beliggende ved Hekla Park og Husumparken. Midlerne er overført til TMF, som står for anlæg og drift af banerne. Banerne forventes klar til ibrugtagning ultimo 2012/primo 2013. • KFF anlægger en 7-mands kunstgræsbane til hockey og fodbold på Ellebjerg skole i Kgs. Enghave. Forventet ibrugtagning medio august

	<p>2012.</p> <p><u>Klar-Parat-Husum:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er i foråret 2012 bl.a. gennemført legefestival for børnehaver, dansens dag på Husums børnehave og Husum skole, konkurrence om penge til lokalt bevægelsesprojekt for 7.klasses elever samt opstartet bevægelsesnetværk for otte børnehaver (SUF). • I efteråret 2012 afholdes der bl.a. profiluddannelse for ca. 14 udflytterinstitutioner i Kobbelvænget samt videregående kompetencegivende kursus for idrætslærere på to skoler i Husum. Der afholdes Klar, Parat - Husum kampagne for elever på Husums skoler, der gratis kan afprøve idrætsaktiviteter i lokale idrætsforeninger, der afholdes et træner - og lederakademi for piger og der opstartes samarbejde mellem idrætsklubber og institutioner i Husum (SUF). <p><u>Sundhedskonsekvensvurdering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • SUF's sundhedskonsekvensvurdering af aktivitets- og bevægelselementer i områdefornyelsen i Skt. Kjelds kvarter blev forelagt følgegruppen ultimo maj 2012, og forventes færdig medio august 2012.
Bedre støtte til københavnerne i bydele med stor ulighed i sundhed til et liv uden røg og for stort alkoholforbrug	<p><u>Ud-af-huset tilbud og aktiviteter:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • I august 2012 igangsættes, i samarbejde med STOPLINIEN, et projekt hvor 1.000 borgere i Bispeparken kontaktes telefonisk, med tilbud om bolignære rygestopkurser (SUF).

Spør 4 'Bedre forebyggelse og behandling'	
Kort version: Københavnerne skal gives mulighed for rådgivning og støtte til at leve sundt. Livskvaliteten skal forbedres for borgere med langvarig sygdom og antallet af forebyggelige indlæggelser mindskes ved at udvikle nye og bedre løsninger og teknologi inden for sundhedsområdet.	
Specifikke målsætninger	Status på indsatser
Tidlig opsporing af børn med sundheds- og trivselsudfordringer	<p><u>Tidlig opsporing af og støtte til børn:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • SOU og BUU besluttede i juni 2012 at fortsætte den tidlige opsporing af - og tilbud om familieføreløb i BUF til og med 2016. <p><u>Behandling af børn med svær overvægt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Per 1. maj 2012 er konceptet omkring 'Familiegrupperne' nu opdelt i drenge- og pige grupper. Grupperne er åbne for deltagelse, således at det nu er muligt for barnet og familien at tilpasse mødefrekvenserne efter behov. SOU og BUU forelægges evaluering af BørnevægtsCentret primo 2013 med henblik på en politisk drøftelse af den fremadrettede prioritering inden for 2. udmøntningsperiode for ØSB

	fra 2013 til og med 2016 (SUF).
Alle københavnere kan få rådgivning og støtte til en sund livsstil	<p><u>Rehabilitering til ældre med funktionstab samt borgere med kronisk sygdom:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Forløbsbeskrivelsen for ældre medicinske patienter blev godkendt i juni og forventes implementeret i efteråret 2012. • Sideløbende med forløbsbeskrivelsen blev der udarbejdet faglige retningslinjer, som blev godkendt i juni og som forventes implementeret i efteråret 2012. • SUF implementerer i november 2012 forløbsprogram for hjerte-kar-sygdom (SUF). <p><u>Samarbejde om forebyggelse og behandling af alkohol- og rusmiddelmisbrug:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • I foråret 2012 blev satspuljeprojektet om at skabe et rusmiddelforebyggende miljø på de københavnske ungdomsuddannelser, samt en tidlig rådgivende indsats, opstartet. Rusmiddelpolitikker og handleplaner udarbejdes i anden halvdel af 2012, hvor nøglepersonerne også modtager kompetenceudvikling (SOF, BUF, SUF). <p><u>Samarbejde med frivillige organisationer og patientforeninger om forebyggelsesområdet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • SUF bevilligede den 24. maj 2012, 2,0 mio. kr. i 2012 og 2,0 mio. kr. i 2013 til indsatser, der styrker, at livsstilsforandringer opnået ved kommunale forebyggelsesforløb fastholdes ved målrettet samarbejdet med frivillige organisationer og patientforeninger. Den konkrete udmøntning af midlerne vil ske i efteråret 2012 og i hele 2013.
Fremme forskning og innovation samt udvikling af teknologiske løsninger indenfor sundhedsområdet	<p><u>Systematisk anvendelse af telemedicin:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • I samarbejdet med Bispebjerg hospital om telemedicinsk indsats overfor borgere med KOL og diabetes, er der påbegyndt inklusion af borgere i 2. kvartal 2012 (SUF). <p><u>Vækst, ny viden og digitalisering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • SUF's samlede strategi for 'Sund Vækst' indgår som en del af budgetforhandlingerne for 2013. • Professor Henning Langbergs forskningsplan vedrørende rehabilitering forventes godkendt i august 2012 (SUF).

3.2: STATUS PÅ AKTIV OG TRYK HELE LIVET

Dette afsnit indeholder status på igangsatte og planlagte aktiviteter under Reformprogrammet 'Aktiv og Tryk Hele Livet'.

Der udarbejdes en årlig rapport, som vurderer status på samtlige aktiviteter under programmet. Den kvartalsmæssige status rapporterer primært på aktiviteter, hvor der er sket ny udvikling eller kan konstateres manglende fremdrift i forhold til det planlagte.

VISION 1: Stærkere fællesskab – der er brug for alle	
Kort version: Optimale rammer for aktivt medborgerskab (både for pårørende og frivillige) og mindre ensomhed.	
Kritiske indsatser	Status på aktiviteter
Åbne døre for civilsamfundet	<u>Brobyggere:</u> <ul style="list-style-type: none">De fem brobyggere fortsætter arbejdet med at skabe kendskab, tillid og fælles læring mellem frivillige og kommune samt facilitere konkrete samarbejdsaktiviteter. <u>Temadrøftelse:</u> <ul style="list-style-type: none">SOU havde i maj 2012 en temadrøftelse om samarbejdet med frivillige. Det blev vedtaget at afholde en opfølgende drøftelse i efteråret 2012. På baggrund af foranalyserne og temadrøftelsen i maj 2012 forbereder forvaltningen en plan for udviklingen af samarbejdet med frivillige, som kan danne grundlag for drøftelsen i efteråret.
Et opgør med ensomheden	<u>Madklubber:</u> <ul style="list-style-type: none">Der var fortsat i 2. kvartal 2012 i alt 18 klubber, der har en madklub. Der planlægges en opfølgning på indsatsen i 3. kvartal. <u>Spisevenner:</u> <ul style="list-style-type: none">Forvaltningen udviklede i 1. kvartal 2012 et koncept, der kan gennemføres indenfor lovens rammer. Konceptet blev i 2. kvartal afvist af Ældre Sagen, og der arbejdes derfor på at udvikle et nyt koncept, der passer til Ældre Sagens organisering.
Støtte til den nære familie	<u>Demensskole:</u> <ul style="list-style-type: none">Implementeringen af et rådgivningscenter for demens i hvert lokalområde er påbegyndt. Det forventede tidspunkt for, hvornår centrene vil være fuldt implementerede og i drift er rykket til primo 2013.

VISION 2: Mere frihed – københavnernes kan og vil selv	
Kort version: Alle ældre skal have mulighed for at klare sig selv længst muligt via satsning på hverdagsrehabilitering (træning) og teknologi.	
Kritiske indsatser	Status på aktiviteter
Støtte til selv at kunne klare praktiske opgaver	<p><u>Turvask:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pilotprojekt er under forberedelse i samarbejde med blandt andet aktivitetscentre. Der er fortsat i 2. kvartal ikke etableret aktiviteter grundet manglende finansiering. <p><u>Kursus i madlavning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er fortsat i 2. kvartal ikke etableret aktiviteter for kursustilbud om "madlavning i fællesskab". <p><u>Ældre foretager selv indkøb:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Forslaget om skærpede visitationskriterier for tildeling af indkøbsordning blev ikke vedtaget politisk i 2012. Særligt nyvisiterede ældre visiteres dog i stigende grad til turkøbsordning frem for almindelig indkøbsordning. Turkøbsordning har både et aktiverende sigte for de ældre, der selv vælger varerne fra butikkerne, og skaber desuden grundlag for socialt samvær med andre ældre, der deltager i indkøbsturen. Desuden er turkøb en billigere ydelse for kommunen end den almindelige indkøbsordning.
Støtte til livskvalitet i hverdagen	<p><u>Fri for bleer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Projektet er igangsat i Sundhedshus Vanløse per marts 2012, og åbner ligeledes som tilbud per 1. september i Sundhedshus Amager. Projektet henvender sig både til borgere over 65 år, der ansøger om tilskud til inkontinenshjælpemidler for første gang og til borgere, der allerede har et inkontinenshjælpemiddel. <p><u>Faldforebyggende samtale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er hverken i 1. eller 2. kvartal igangsat aktiviteter grundet manglende finansiering. Status er fortsat uafklaret. <p><u>El-cykler:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er i 2. kvartal leveret tre el- og tandemcykler til kommunens aktivitetscentre ud af 16 bestilte cykler. De resterende forventes leveret i august 2012. De planlagte cykelskure er fortsat under etablering.
Teknologi som støtte til det gode ældre liv	<p><u>Nye teknologiske løsninger:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • I 1. og 2. kvartal er der i alt bevilget 30 vaske- og tørretoiletter til hjemmeboende borgere. Desuden er der installeret 10 vaske- og tørretoiletter på forskellige kommunale centre. • Første fase vedr. implementering af hjælpemidler til strømper er igangsat i juni 2012 i hele byen. Første fase inkluderer kun borgere, der modtager personlig hjælp til kompressionsstrømper, mens anden fase, der igangsættes i 2. halvdel af 2012, inkluderer bor-

	<p>gere der modtager sygeplejeydelser.</p> <ul style="list-style-type: none"> • I løbet af efteråret 2012 vil der blive implementeret forsøg hos borgere med bl.a. badeløsninger, spise-hjælpemidler, digitale skærme og andre teknologiske løsninger, der letter borgernes og medarbejdernes hverdag. • Virtuel genoptræning afprøves i sidste halvdel af 2012 på tre træningscentre i kommunen. Virtuel genoptræning skal blandt andet sikre et genoptræningstilbud til den ældre borger, der ikke har overskud til at deltage i træningen på træningscenter. Der er indkøbt 20 virtuelle genoptræningsenheder, som består af en intelligent computerskærm som placeres i borgeres hjem. Borgeren laver øvelserne foran skærmen, som via et kamera registrer om øvelserne laves korrekt, og korrigerer den der træner. <p><u>Telemedicin:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De tre telemedicinske projekter forløber efter planen: 1) Den telemedicinske sårindsats har 250 forløb som måltal for 2012. Ved udgangen af 2. kvartal var der inkluderet 120 borgere. 2) Måltallet for den telemedicinske KOL-indsats er revideret fra 150 til 75 forløb i 2012. Inklusionen af borgere blev påbegyndt medio april og ved udgangen af 2. kvartal var der inkluderet 22 borgere. 3) Udvalgelse af borgere til det telemedicinske diabetesprojekt blev påbegyndt i maj 2012, hvor den egentlige telemedicinske behandling forventes påbegyndelse i 3. kvartal 2012 (se figur 23).
<p>Forandring kræver styrket faglighed</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Fælles tilgang til forandringerne på arbejdspladserne</u> Der er aftalt og udarbejdet procesplaner for 2012 med hvert lokalområde. Aktiviteterne omfatter bl.a. individuel ledersparring på gruppelederniveau, forløb for grupper af gruppeledere, proces med MED herunder inddragelse af leder og medarbejder fra hver hjemmepleje-gruppe samt udarbejdelse af dialogværktøjer, som kan understøtte en fælles tilgang til forandringerne. <p><u>Mere tid til faglig ledelse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er i juni 2012 ansat faglige ledere i hjemmeplejen i tre lokalområder. De faglige ledere tiltræder deres stilling umiddelbart efter sommerferien. Stillingerne i de to sidste lokalområder forventes besat 1. oktober 2012. • Kompetenceudvikling til alle nye gruppeledere gennem diplomuddannelse skrider fortsat planmæssigt frem.

VISION 3: Større tryghed – hjælp når du har brug for det	
Kort version: En større del af hjælpen rettes mod de borgere, der har mest brug for hjælp. Fx skal de mest syge have mere og bedre hjælp. Borgerne skal være trygge, fordi de altid får professionel og rettidig hjælp.	
Kritiske indsatser	Status på aktiviteter
Tidligere i plejebolig – større livskvalitet	<p><u>Profilplejehjem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Borgerrepræsentationen drøftede spørgsmålet om profilplejehjem i maj 2012. Spørgsmålet blev efterfølgende henvist til SOU. Forvaltningen drøftede 16. august 2012 forslag til proces og budget for SOU.
Færre forskellige hjælpere hos hjemmeplejemodtagere	<p><u>Faste team på 4-5 hjælpere:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Det er besluttet, at alle hjemmeplejegrupper skal arbejde teamorganiseret ved udgangen af 2012. Der er indsamlet erfaringer med teamorganisering på tværs af byen fra nogle af de grupper, der har den højeste medarbejderkontinuitet, og der er på baggrund heraf udarbejdet et læringspapir, som anvendes i implementeringen. To lokalområder i aftenhjemmeplejen opfylder nu målet om, at 66% af besøgene leveres af de to hjælpere, der kommer oftest i hjemmet (se figur 99).
Bedre forhold for ældre medicinske patienter	<p><u>Kommunen skal sammen med praktiserende læger og hospitaler sikre, at borgerne uden forsinkelse får rigtig og sikker medicin.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Der er indledt et samarbejde med kommunens apoteker om, at kliniske farmaceuter skal foretage gennemgang af plejehjemsbeboeres medicin for at sikre, at de ældre får den medicin, der passer til medicinordination og helbredstilstand. Der blev i juni 2012 gennemført et pilotprojekt på Klarahus med gennemgang af 6 borgers medicin, som viste potentiale for at opnå en mere korrekt medicingivning til beboerne. I august til december 2012 gennemgås 2000 plejehjemsbeboeres medicin, men de resterende 2000 beboere gennemgås i 2013. Gennemgangen vil bl.a. vise om nogle ældre modtager overflødig medicin. Der er med udsendelse af det nye ydelseskatalog for sygepleje per 1. januar 2012 etableret rammer for skærpet arbejdsdeling omkring medicinbehandling. Ydelseskataloget sætter primært rammer for kommunens interne koordination på området, mens ydelsen forløbskoordination rummer tid til koordination med eksterne samarbejdspartner som læge og hospital. <p><u>Tidlig indsats, så færre borgere indlægges:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Den tværsektorielle enhed TUE forventes fortsat åbnet i september 2012. Samarbejde med Hvidovre Hospital om aflæggelse af faste geriatriske tilsyn på Akutplejeenhed København forventes at starte op den 1. september 2012. Ordningen finansieres dels af Københavns Kommune og dels via regional pulje til udsatte borgere.

	<p><u>Bedre kommunikation på tværs af sektorer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbejdet med at implementere en standardiseret ramme for elektronisk kommunikation og arbejdsgange mellem SUF og hospitaler skrider planmæssigt frem. Systemet baseres på brugen af "MedCom standarder", og der planlægges driftopstart per 1. december 2012. Kommunikation mellem hjemmeplejeenheder og hospitaler i forbindelse med indlæggelse og udskrivning forventes i drift per 1.2.13, men er afhængig af konvertering til KOS2. <p><u>Kvalitetsprogram:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er gennemført bydækkende audit på medicinområdet. Afrapportering af resultater forventes af foreligge ultimo august 2012. På baggrund af auditeringens observationer igangsættes laboratorieforsøg i udvalgte bydele med tiltag til forbedring af medicin håndtering. Resultaterne inddrages samtidig i udviklingen af KOS2, Fælles Medicinvejledning samt en fremtidig model for auditering. • Opsporingskæden: Afklaring af ansvar og funktion samt tilrettelæggelse af arbejdet. Afklaring af juridiske og faglige rammer for opsporingen er forsinket, og forventes afsluttet i 3. kvartal frem for 2. kvartal 2012. • Model for faglig ledelse: Afprøvning af modeller skrider planmæssigt frem. • Retningsgivende dokumenter: Pilotforsøg med det norske system PPS, der er en database med over 300 procedurer primært for sundhedslovsydelser. Systemet afprøves på Amager i 2 og 3. kvartal 2012. København samarbejder med Århus, som har valgt at indkøbe systemet. • Døgn- og ugeplaner: Den bydækkende udrulning af nyt koncept for døgn- og ugeplaner koordineret med implementering af KOS2 og besøgsblokke skrider planmæssigt frem. • Dokumentation på farten: Afprøvning af modeller for onlineadgang for udgående medarbejdere i sygeplejen er igangsat, men tekniske problemer forsinker processen. Resultaterne koordineres med KOS2. • Basiskvalitetsuddannelse: Afprøve model for intern basiskvalitetskursus for nye medarbejdere i hjemme- og sygeplejen. Skrider fortsat planmæssigt frem.
--	---

VISION 4: Højere faglighed – en arbejdsplads på forkant	
Kort version: Ældreplejen i København skal være Danmarks bedste – via de bedste medarbejdere og den mest attraktive arbejdsplads.	
Kritiske indsatser	Status på aktiviteter
Tid til kerneydelsen	<p><u>Mere plads til faglighed:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Et pilotprojekt i hjemmeplejen på Vesterbro og i Kgs. Enghave er gennemført i 2011-12. Projektet har afprøvet visitering af tidsblokke frem for enkelttydelser, samt helt og delvis afskaffelse af tidsregistrering. Pilotprojektet har vist gode resultater, og SOU besluttede i maj 2012 at den nye og mere fleksible form for hjemmehjælp skal udrulles i hele

	<p>Københavns Kommune. Udrulning vil ske inden udgangen af 2012 og i sammenhæng med revidering af Fællessprog II.</p> <p><u>Den lærende arbejdsplads – læringskonsulenter:</u> Der er i løbet af foråret 2012 ansat to læringskonsulenter i hvert lokalområde (i alt 10). Læringskonsulenterne indgår i et fælles læringsfagligt forum, hvis kommissorium skal godkendes af lokalområdechefforum i 3. kvartal 2012. Læringskonsulenterne vil primært fokusere på KOS2 og hverdagsrehabilitering.</p>
<p>Rekruttering og fastholdelse</p>	<p><u>Til- og afgangsanalyse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der udsendes spørgeskemaer i løbet af 2. halvår 2012. <p><u>Nyansatte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Retningslinjer for introduktionsforløb for nyansatte har været under udarbejdelse i 1. kvartal 2012. Retningslinjerne skal sikre, at alle nyansatte får en grundig introduktion og en god start i SUF, hvilket forventes at medvirke til øget fastholdelse af nyansatte. Retningslinjerne for hhv. nyansatte medarbejdere og ledere forventes forelagt områdechefferne til godkendelse i september med henblik på at retningslinjerne skal træde i kraft 1. januar 2013. <p><u>Seniorordninger:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • På baggrund af en evaluering af brugen af seniorsamtaler samt drøftelse i SUF-MED, er der udarbejdet idékatalog for, hvordan samtalerne anvendes bedst muligt. Implementering blev igangsat i 1. kvartal og fortsatte i 2. kvartal 2012 i samarbejde med professionshøjskolen Metropol. <p><u>Nye lederprofiler:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Udvikling af før-lederforløb for lovende ledertalenter skrider planmæssigt frem. Forløbet meldes ud efter sommerferien og starter op i uge 43 i 2012. Der er indhentet tilbud og indgået aftale med leverandør.
<p>Til kamp mod nedslidning</p>	<p><u>Forebygge nedslidning af rengøringspersonale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er påbegyndt etablering af pilotprojekt med træningstiltag til forebyggelse af nedslidning blandt medarbejdergrupper med fysisk og krævende arbejde. Dette gælder både rengøringspersonale og det udførende, plejefaglige personale på plejehjem. Pilotprojektet går ud på, at de relevante medarbejdergrupper skal deltage i fysisk træning i løbet af arbejdsdagen. Pilotprojektet omfatter alle plejehjem i én bydel. • Der er indkøbt 50 selvkørende gulvvaskerobotter og 200 robotstøvsugere til rengøring på plejehjemmene. Arbejdsmiljø København foretager en samlet evaluering af de foreløbige erfaringer, som forventes klar i 3. kvartal 2012. • Der indkøbes i 3. kvartal nye former for rengøringshjælpemidler herunder håndbetjente gulvrengøringsmasker til plejehjemmene. Der på-

går en afdækning af behovet, og indkøbene foretages i samarbejde mellem AMK og fællestillidsrepræsentanterne.

- Der indkøbes i 3. kvartal hjælpemidler til plejehjemsvaskerierne. Der pågår en afdækning af behovet for henholdsvis loftlifte til vaskesække og hæve-sænkekurve. De enkelte plejehjem deltager i udvælgelsen af, hvilke redskaber der er behov for.
- Der indkøbes i 3. kvartal træningselastikker til alle medarbejdere i SUF, her under rengøringspersonale i alle institutioner. Desuden tilbydes træningsinstrukser målrettet de enkelte faggrupper. De enkelte institutioner afgør, hvordan de vil arbejde med indsatsen .

3.3: STATUS PÅ MEDICIN

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

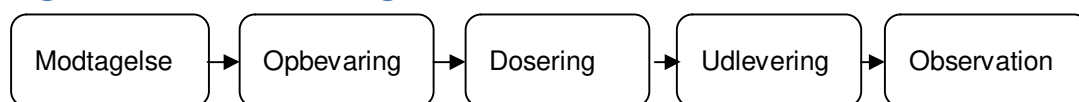
Sundheds- og Omsorgsudvalget har i reformprogrammet Aktiv & Tryk Hele Livet formuleret en række konkrete og ambitiøse politiske mål for kvaliteten i Københavns Kommunes hjemme- og sygepleje. Et af målene er, at der fra 2015 ikke må forekomme fejl i medicin håndteringen. I 2011 blev der i forbindelse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

Den samlede konklusion ultimo 2011 var på denne baggrund, at kvaliteten i hjemme- og sygeplejen var dér, hvor gabet mellem den nuværende situation og politiske mål var størst – og behovet for en særlig indsats derfor mest kritisk. 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.

Bydækkende indsats – hjemme- og sygepleje

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

Figur 1 – Medicineringskæden



Medicin-audit i hjemmesygeplejen

Det første større tiltag, kvalitetsprogrammet valgte at gennemføre, var en bydækkende audit på medicinområdet i hjemmesygeplejen. Auditten blev gennemført i april–juni 2012.

Auditten bestod af følgende komponenter:

- **Journalgennemgang** for samtlige borgere med hjælp til medicindosering (i alt 3.300 journaler).
- **Auditbesøg i borgernes hjem** hos 5% af borgere med hjælp til medicindosering (i alt 169 borgere).
- **Observation af arbejdsgange** i sygeplejen og hjemmeplejen.

Audittens resultater viste udfordringer og kvalitetsbrist i alle dele af medicinkæden. Der arbejdes nu målrettet at skabe sikker medicin gennem en række opfølgende indsatser.

Opfølgning på medicinaudittens resultater

I umiddelbar forlængelse af medicinauditten er der:

1. Ryddet op i medicindokumentationen.
2. Iværksat en række nye tiltag, der skal føre til langsigtede holdbare løsninger på medicinområdet. Det drejer sig om:
 - tid, ro og klare arbejdsgange på medicinområdet
 - nyt dokumentationssystem (KOS2)
 - fælles faglige standarder og vejledninger
 - nye modeller for faglig ledelse i sygeplejen
 - bærbare pc'ere/tablets til sygeplejen
 - kontinuitet

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 2000 borgere i plejeboliger i 2012. Medicingennemgangene er planlagt og pilottestet i juni 2012 og er begyndt i august 2012. Målgruppen for medicingennemgang er:

- borgere, der er flyttet på plejehjem i 2012.
- Borgere der modtager mere end 5 lægemidler og
- Borgere der efter konkret sundhedsfaglig vurdering har brug for en medicingennemgang.

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 medicingennemgange drøftes med borgernes egen læge med henblik på at ændre og justere borgerens medicin.

Der er per 15. august ansat en praktiserende læge 12 timer om måneden, der skal udvikle medicinsamarbejdet mellem plejehjemmene og de praktiserende læger.

KAPITEL 4: HJEMMEPLEJE

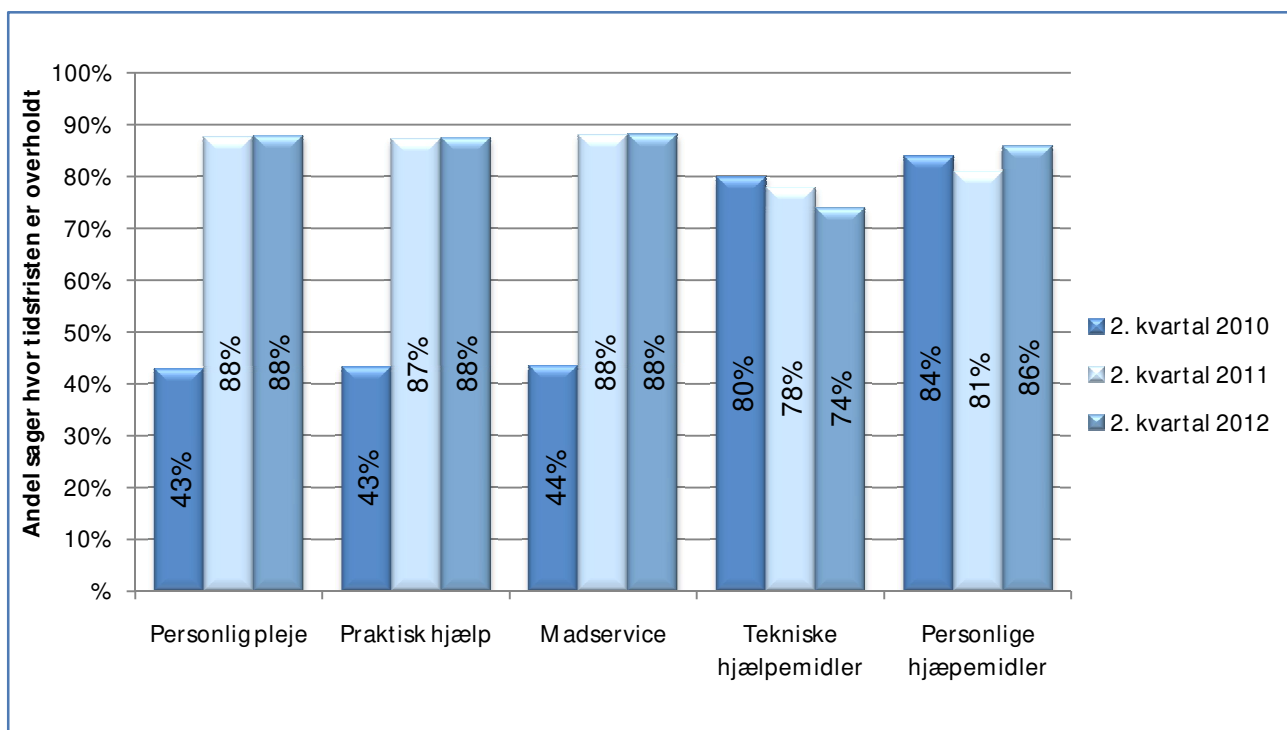
Dette kapitel indeholder oplysninger om sagsbehandlingstid for hjemmeplejeydelser, hvem der modtager hjemmepleje, hvor meget hjælp brugerne modtager og anvendelsen af aktiverende ydelser. Desuden præsenteres tal for andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper.

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 lejring. 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.



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

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).

I 2. kvartal 2012 blev der behandlet 893 sager vedrørende hjemmepleje og madservice. For både personlig pleje, praktisk hjælp og madservice blev 88% af sagerne behandlet inden for sagsbehandlingsfristen på 5 arbejdsdage. Andelen af sager, der er behandlet inden for sagsbehandlingstidsfristen, er steget markant fra 2. kvartal 2010 til 2. kvartal 2012.

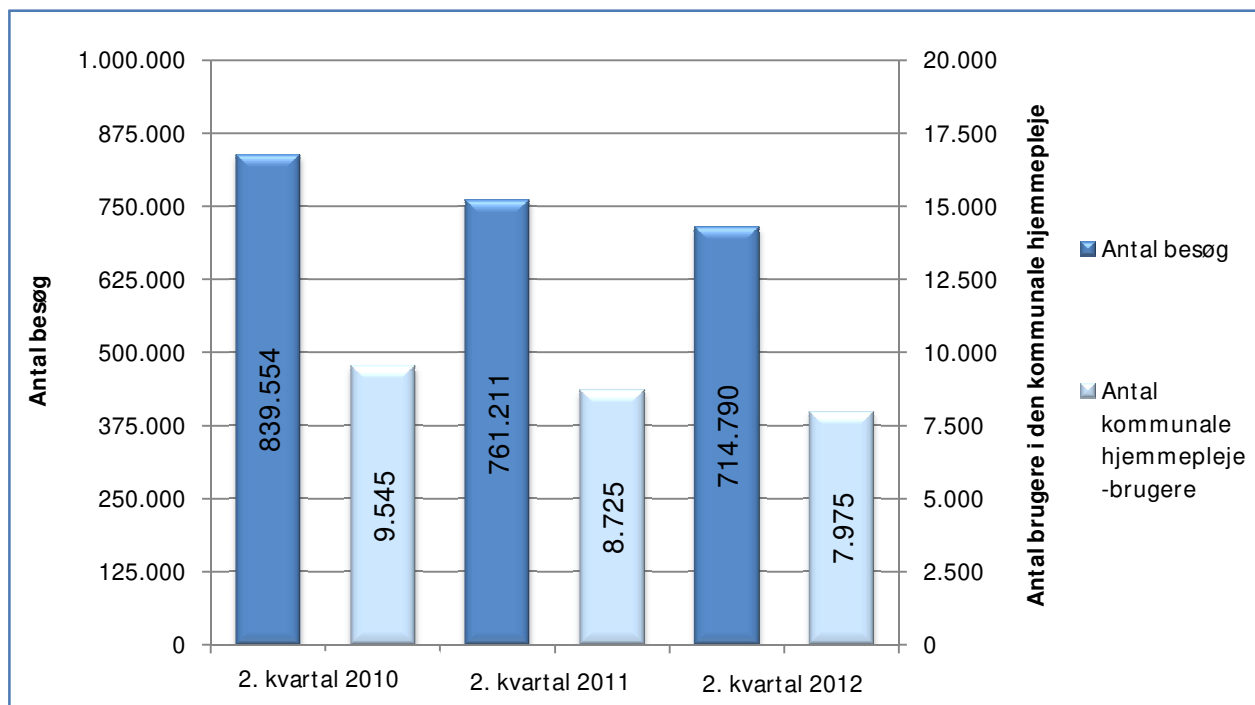
I 2. kvartal 2012 blev der behandlet 5.281 sager vedrørende hjælpemidler. 74% af sagerne om tekniske hjælpemidler og 86% af sagerne om personlige hjælpemidler blev behandlet inden for sagsbehandlingsfristen. For tekniske hjælpemidler er der således sket et fald på 6%-point siden 2. kvartal 2010, mens der for personlige hjælpemidler er sket en mindre stigning på 2%-point.

Dermed indfrier forvaltningen målsætningen om, at mindst 80% af sagerne behandles inden for tidsfristerne, bortset fra sagsbehandlingsfristen for tekniske hjælpemidler. På dette område er der iværksat en særlig indsats for at nedbringe sagsbehandlingstiden

4.2: BORGERE, DER MODTAGER HJEMMEPLEJE

Figur 3 – Kommunale hjemmeplejebesøg og hjemmeplejeburere

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



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Note: Natplejen og Døgnbasen er ikke inkluderet.

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

Fra 2. kvartal 2010 til 2. kvartal 2012 er antallet af leverede besøg og antal brugere i den kommunale hjemmepleje faldet med henholdsvis 15% og 16%.

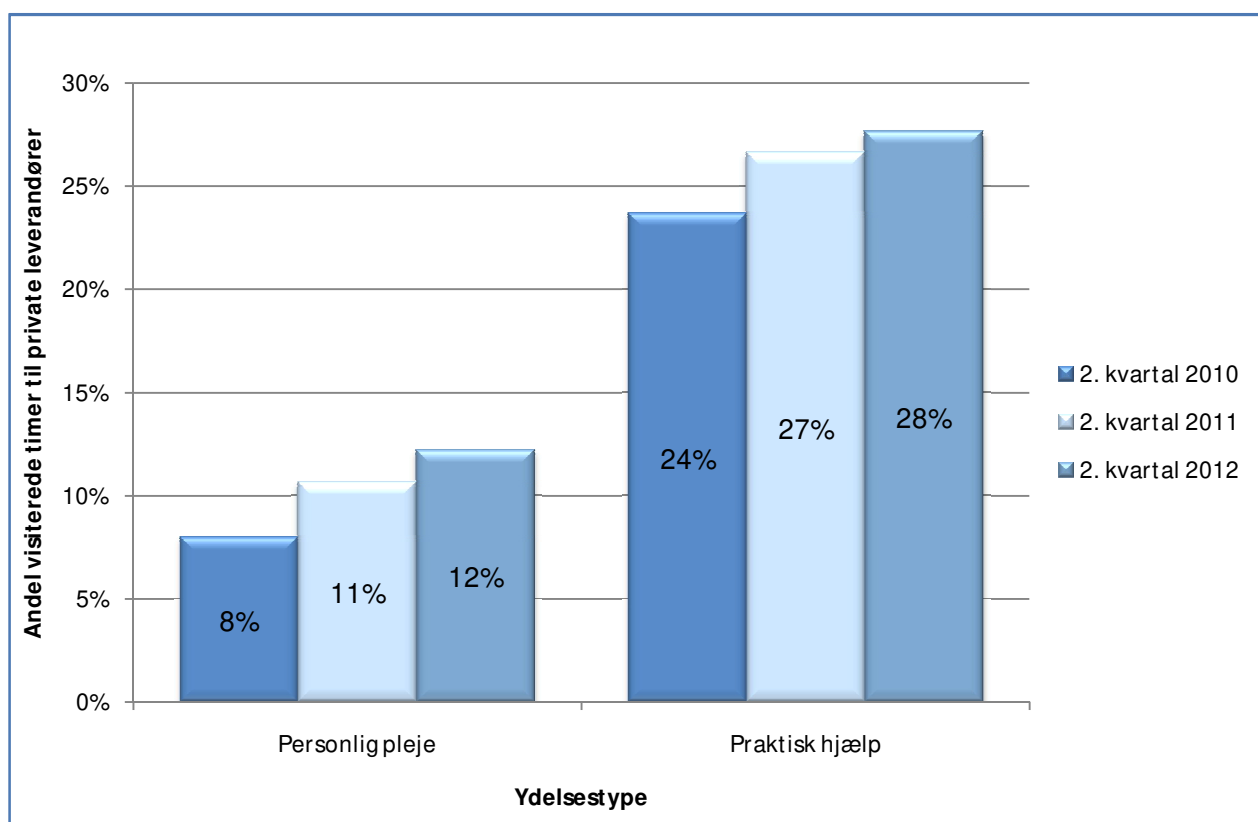
Det gennemsnitlige antal besøg per bruger per kvartal er således steget en smule i perioden, fra 88 besøg i 2. kvartal 2010 til 90 besøg i 2. kvartal 2012. Det gennemsnitlige antal besøg per bruger dækker dog over en meget stor spredning, da nogle hjemmeplejeburere kun har modtaget meget få besøg i en kort periode, mens andre brugere kontinuerligt får hjælp mange gange i døgnet.

Faldet i antal kommunale hjemmeplejeburere og besøg skal dels ses i sammenhæng med, at der bliver relativt flere 65-79 årige 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 kommunal hjemmepleje og en række private leverandører.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

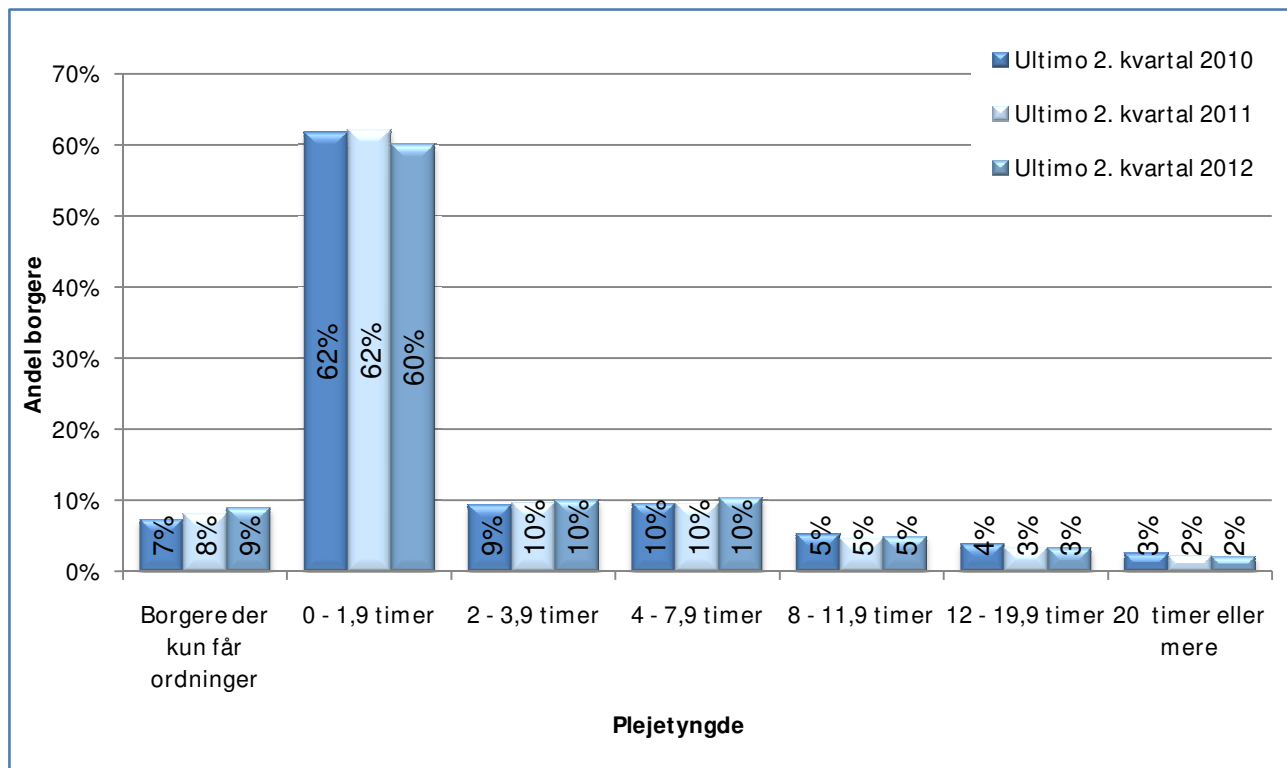
Note: Opstartspakker er ikke medtaget i opgørelsen

Siden 2. kvartal 2010 er andelen af visiterede timer, der leveres af private leverandører, steget med 4%-point for både praktisk hjælp og for personlig pleje. 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 2. kvartal 2012, mens det samme gjaldt for 12% 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)

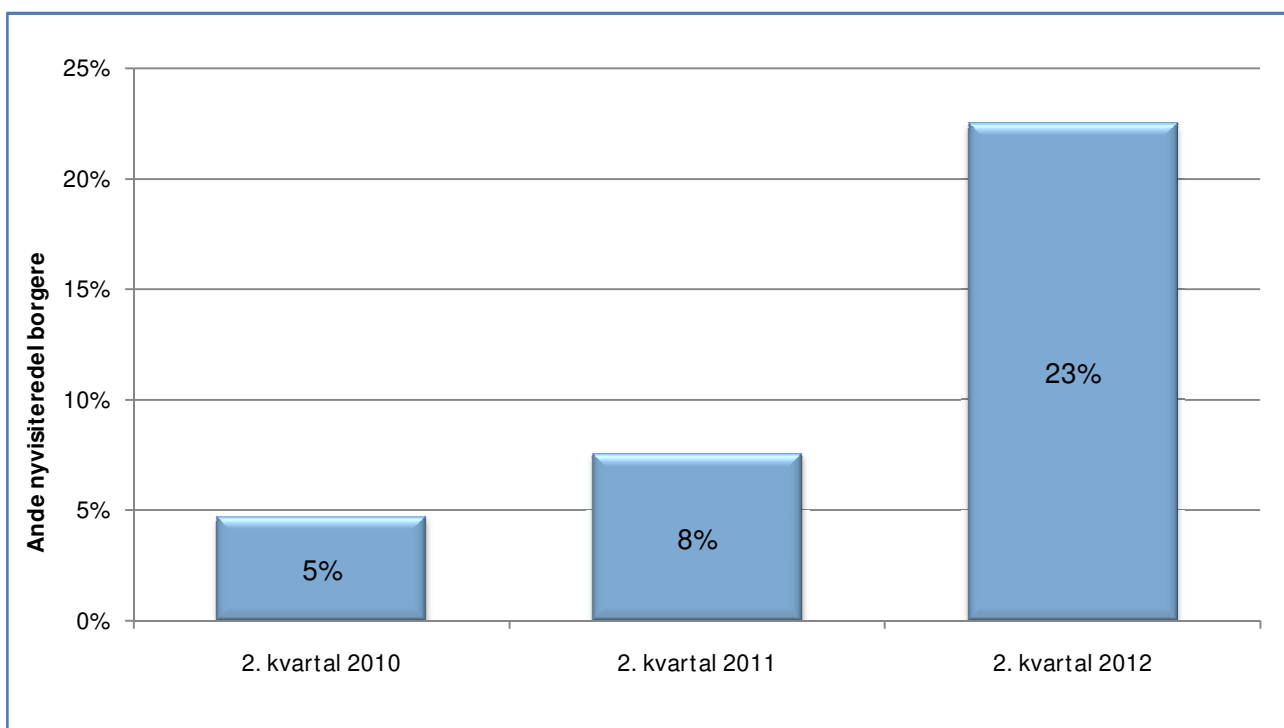
Af de 9.960 brugere, der i 2. kvartal 2012 modtog hjemmepleje, fik 69% mindre end to timers hjælp om ugen eller modtog udelukkende tøjvask, turkøb, indkøb og/eller madservice. 5% af hjemmeplejebrugerne modtog 12 eller flere timers hjælp om ugen. Plejetyngdefordelingen er nogenlunde den samme fordeling som de forrige år, 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 '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 hjælp til hjemmeboende borgere, turkøb, hverdagsrehabiliterende projekter og hverdagsrehabilitering.

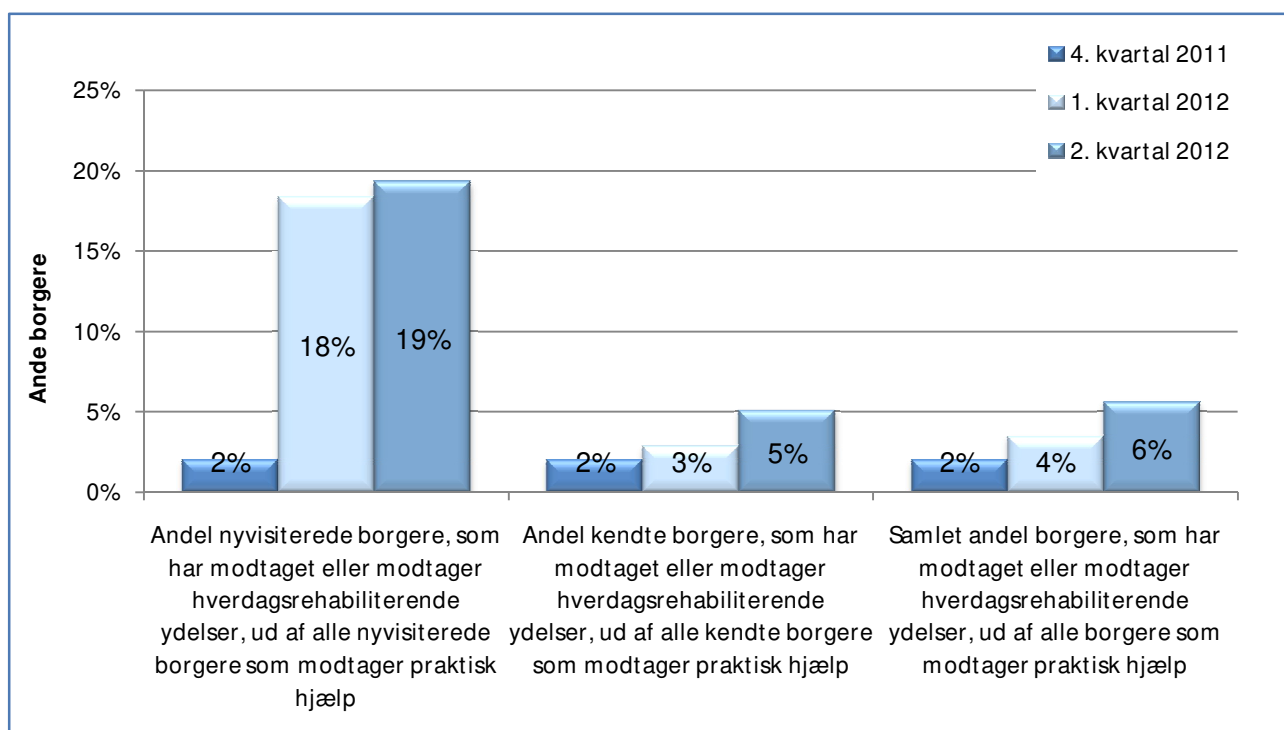
I 2. kvartal 2012 blev 128 nyvisiterede borgere visiteret til aktiverende ydelser, hvilket svarer til 23% af de nyvisiterede borgere. Derved har forvaltningen på nuværende tidspunkt indfriet målet for 2014. Andelen af nyvisiterede borgere, der er visiteret til aktiverende ydelser, er steget med 18%-point fra 2. kvartal 2010 til 2. 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 fra 2010 til 2012.

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 der modtager praktisk hjælp. Hverdagsrehabiliterende ydelser omfatter ergonomisk vejledning i forbindelse med rengøring og tøjvask samt træning ved hjælpere 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 per 1. januar 2012. I 2011 havde forvaltningen to pilotprojekter på området, der blev gennemført i dele af kommunen.



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.

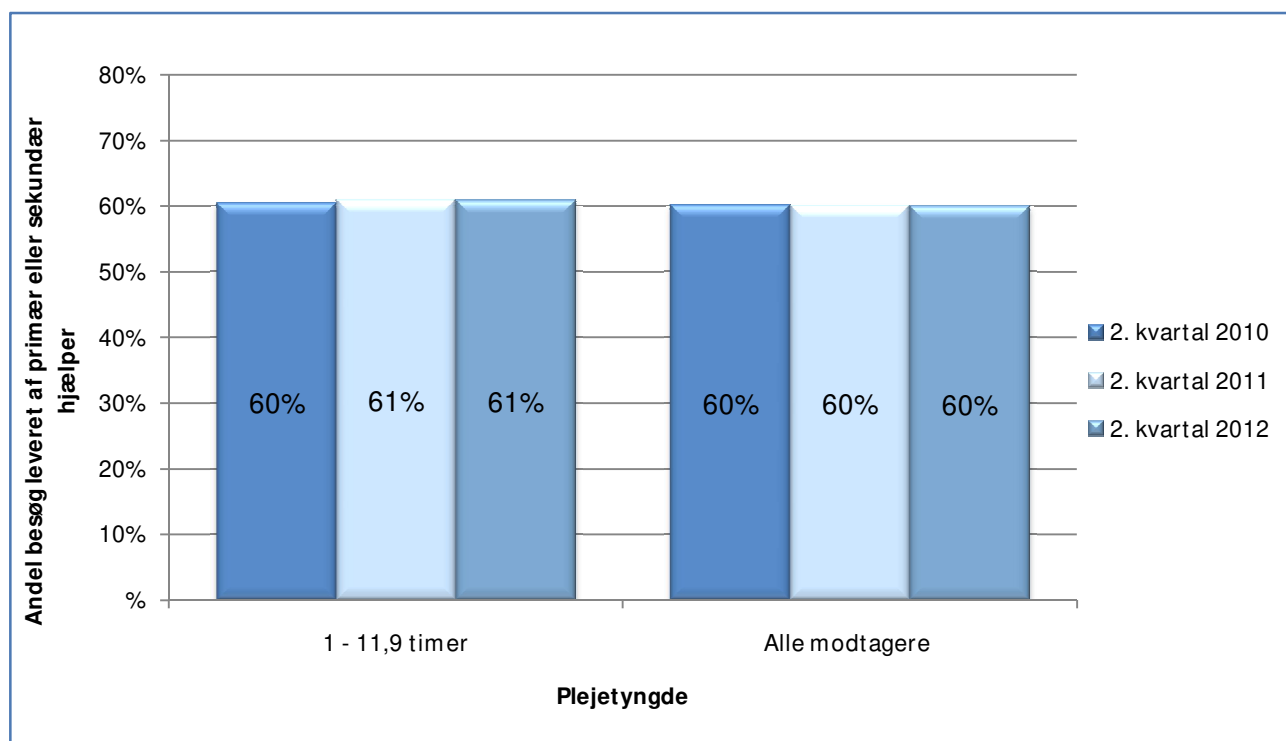
I 2. kvartal 2012 modtog 6% af alle borgere med praktisk hjælp hverdagsrehabiliterende ydelser, hvilket er en stigning på 4%-point siden 4. kvartal 2011. Samtidig var der 19% af de nyvisiterede borgere, der modtog hverdagsrehabiliterende ydelser, hvilket er en stigning på 17%-point siden 4. kvartal 2011.

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 primær eller sekundær hjælper. Endvidere er der i 'Aktiv og Tryk Hele Livet' fastsat 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).



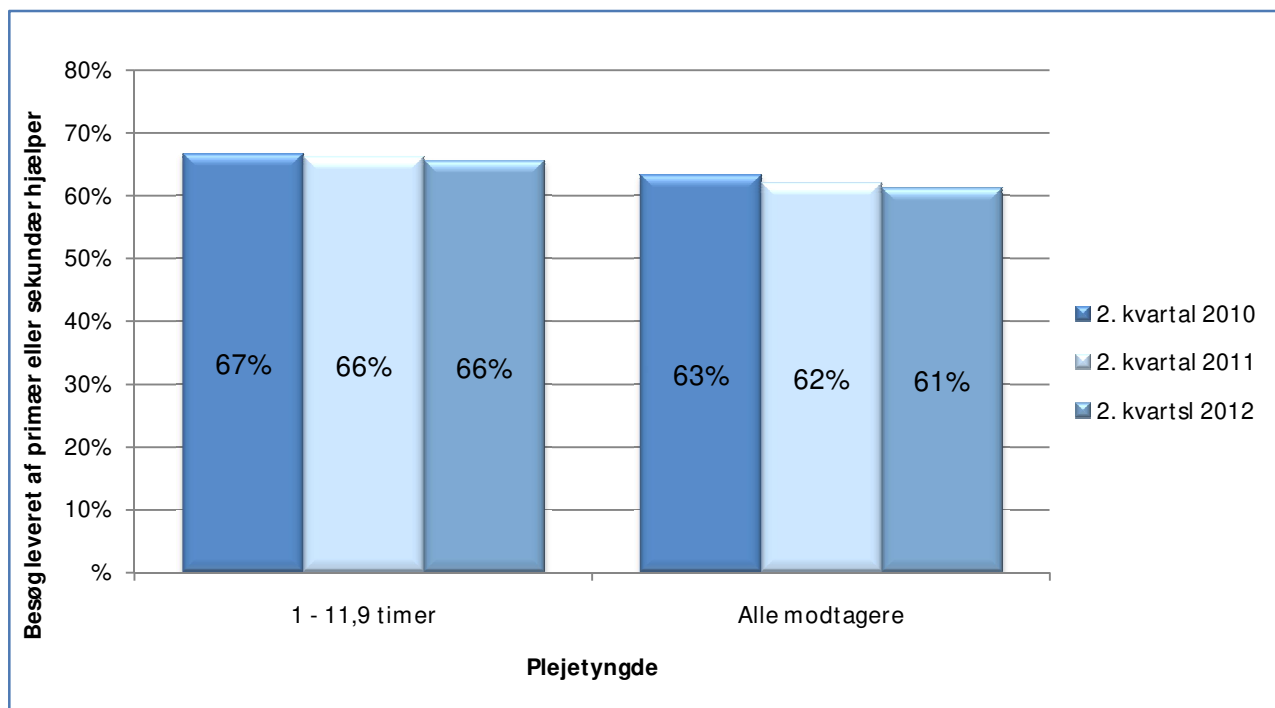
Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

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 2. 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 dermed stort set uændret siden 2. kvartal 2010. Hvis der ses på alle modtagere under ét, var andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper i 2. 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 mad-service, 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 66% i 2. kvartal 2012, så målet på 66% er opnået. For alle borgere er andelen af besøg leveret af primær eller sekundær hjælper i aftentimerne faldet fra 63% i 2. kvartal 2010 til 61% i 2. 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 er stor opmærksomhed på at nedbringe antallet af forskellige hjælpere, men det har vist sig vanskeligt at indfri målet, bl.a. pga. andre samtidige indsatser vedr. demografitilpasning, kompetenceudvikling mv.

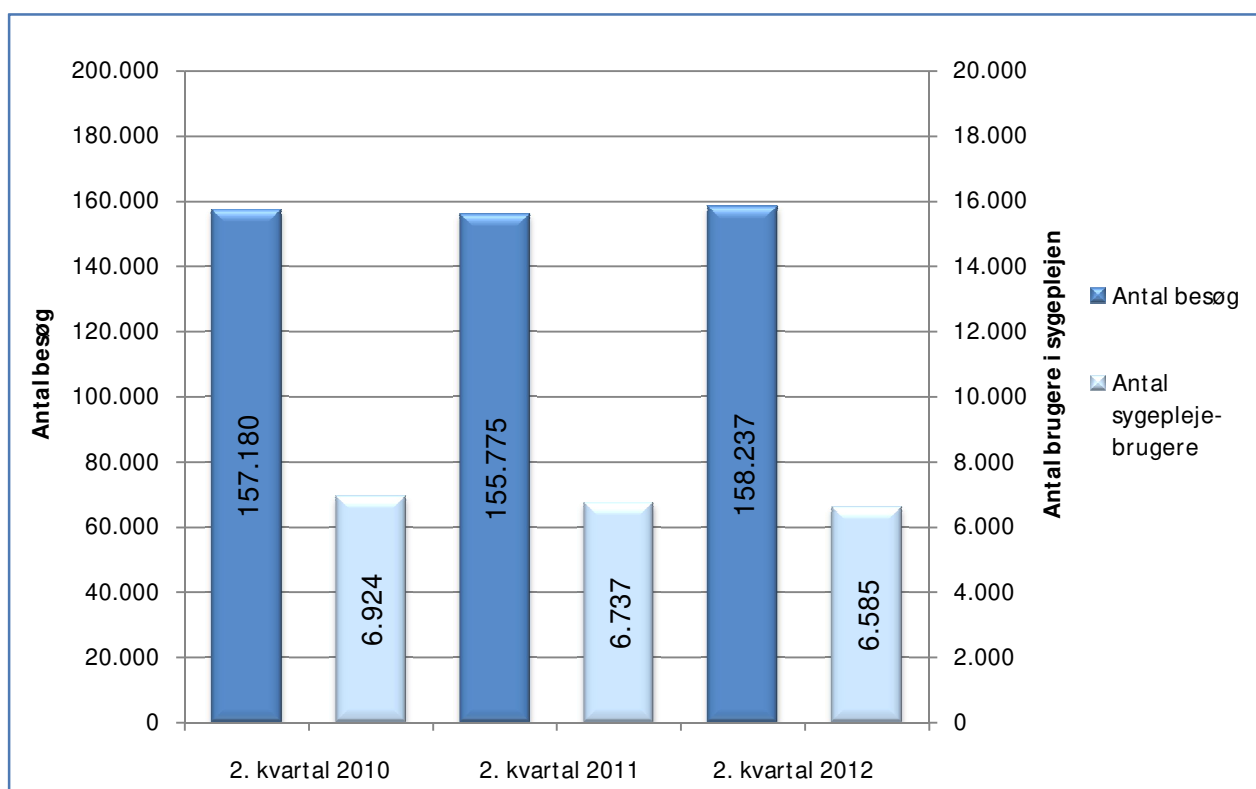
KAPITEL 5: SYGEPLEJE

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

5.1: BORGERE, DER MODTAGER SYGEPLEJE

Figur 10 – Sygeplejebesøg og sygeplejebrugere

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 været organiseret sådan, at hjemmepleje og sygepleje leveres 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.

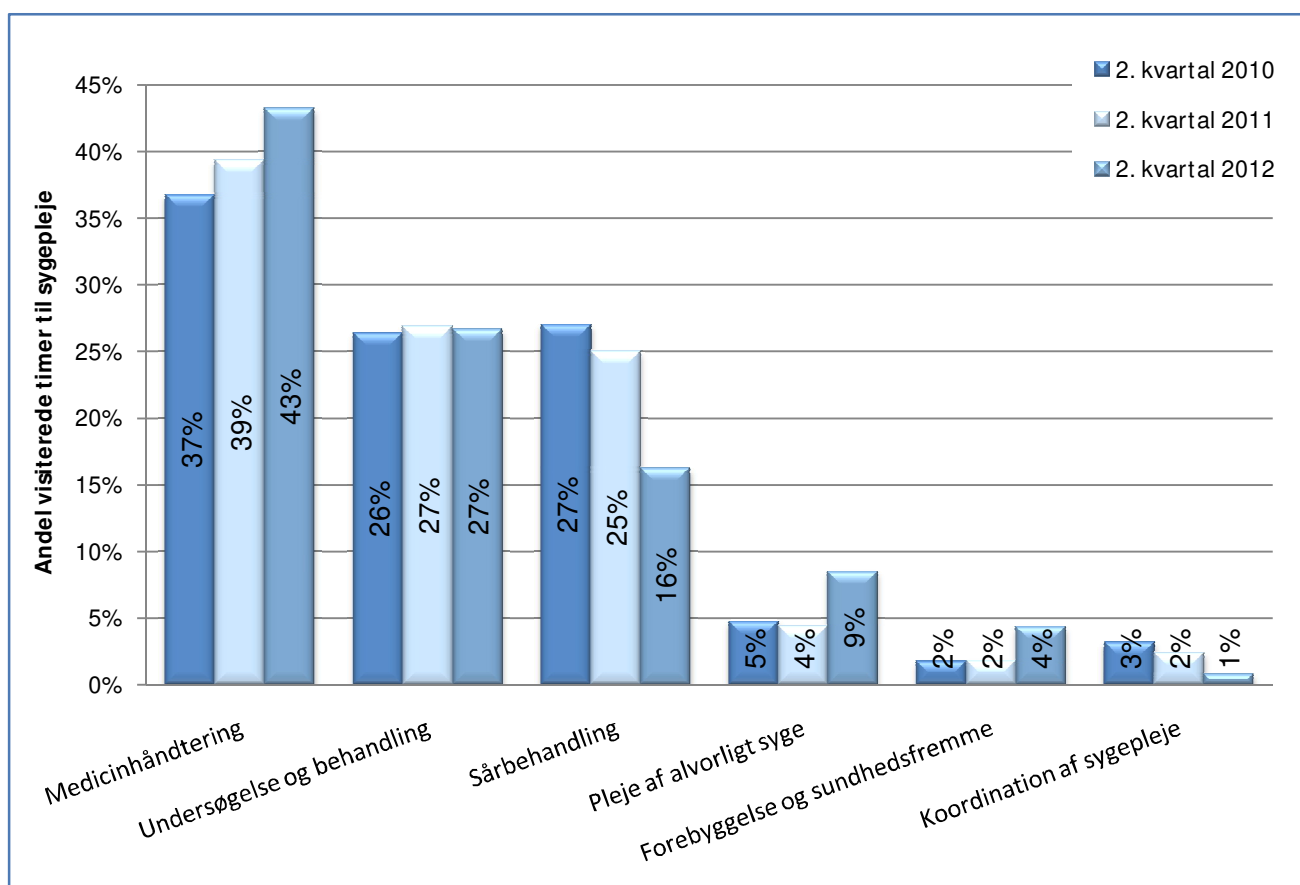
I 2. kvartal 2012 var der 6.585 brugere i sygeplejen. Det er et fald på 5% siden 2. kvartal 2010. I samme periode er antallet af besøg i sygeplejen steget med 1%.

Det gennemsnitlige antal besøg per bruger er således steget en smule i perioden, fra 23 besøg i 2. kvartal 2010 til 24 besøg i 2. kvartal 2012. At antallet af besøg er steget, selvom antallet af modtagere er faldet, indikerer formentlig

en øget kompleksitet og et øget plejebæhov blandt de borgere, der modtager sygepleje.

Figur 11 – Sygeplejekategorier

Figuren viser, hvor store andele de forskellige sygeplejekategorier udgør af det samlede antal visiterede timer til sygepleje.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

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

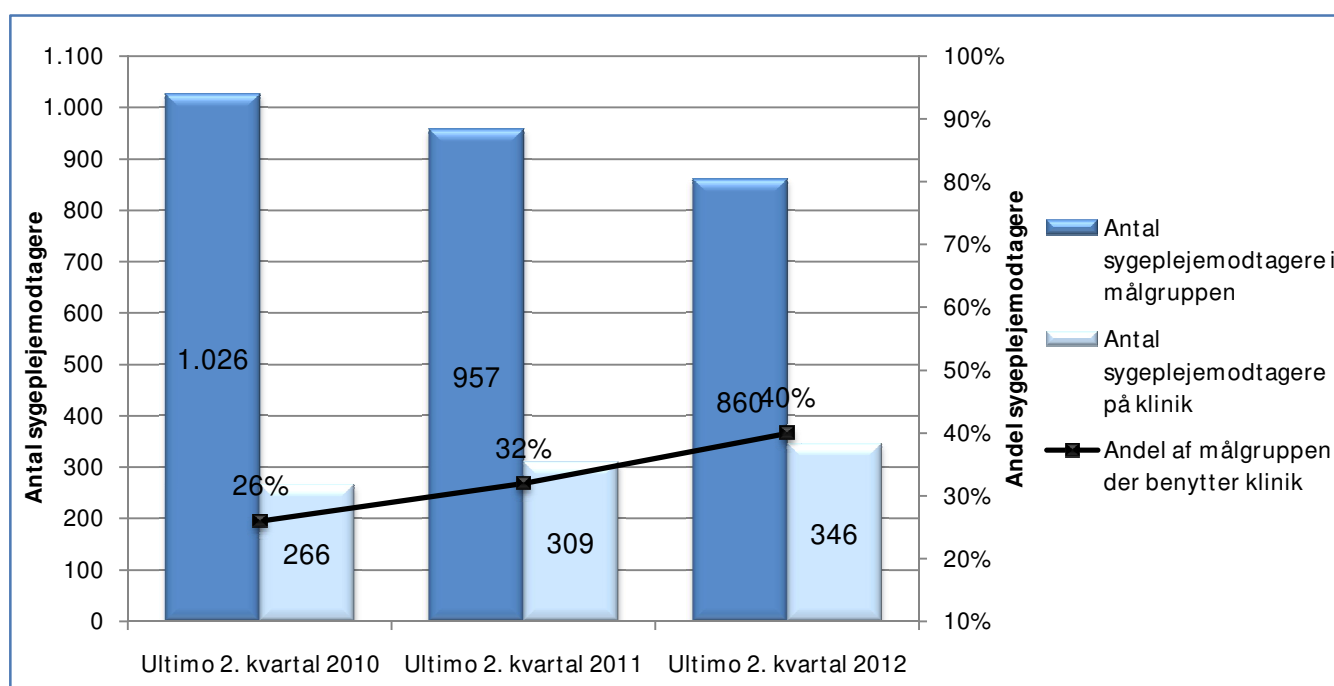
Der er i alt visiteret 50.917 timer til sygepleje i 2. kvartal 2012.

Hovedparten (43%) 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 'medicinhåndteringen' på 6%-point og 'sårbehandling' er faldet 11%-point, hvorimod 'undersøgelse og behandling' er på samme niveau som 2. kvartal 2010.

Figur 12 – Borgere i sygeplejeklinik

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

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i 2009, 2010 og 2011 etableret sygeplejeklinikker, så alle lokalområder 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 266 borgere ultimo 2. kvartal 2010 til 346 borgere ultimo 2. kvartal 2012. Ultimo 2. kvartal 2012 modtog 40% af borgerne i målgruppen sygepleje på en sygeplejeklinik. For to år siden (ultimo 2. kvartal 2010) var den tilsvarende andel 26%. 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.

KAPITEL 6: PLEJEBOLIGER

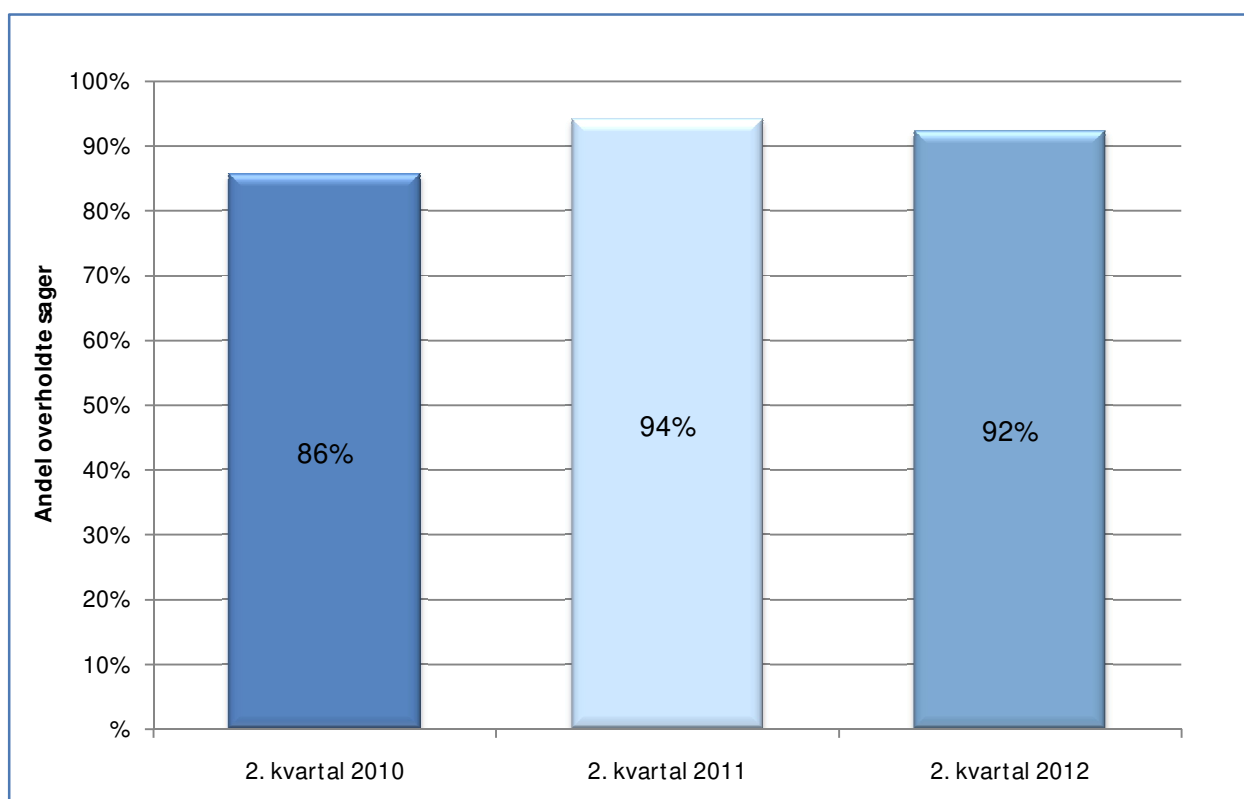
I kapitlet gennemgås plejeboligområdet. Kapitlet indeholder oplysninger om sagsbehandlingstid og hvem der bor i plejebolig.

6.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER

Figur 13 – Sagsbehandlingstider på plejeboligområdet

Figuren viser andelen af sager om ansøgning til plejebolig, der er blevet behandlet inden for den sagsbehandlingsfrist på 15 arbejdsdage, som Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt.

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



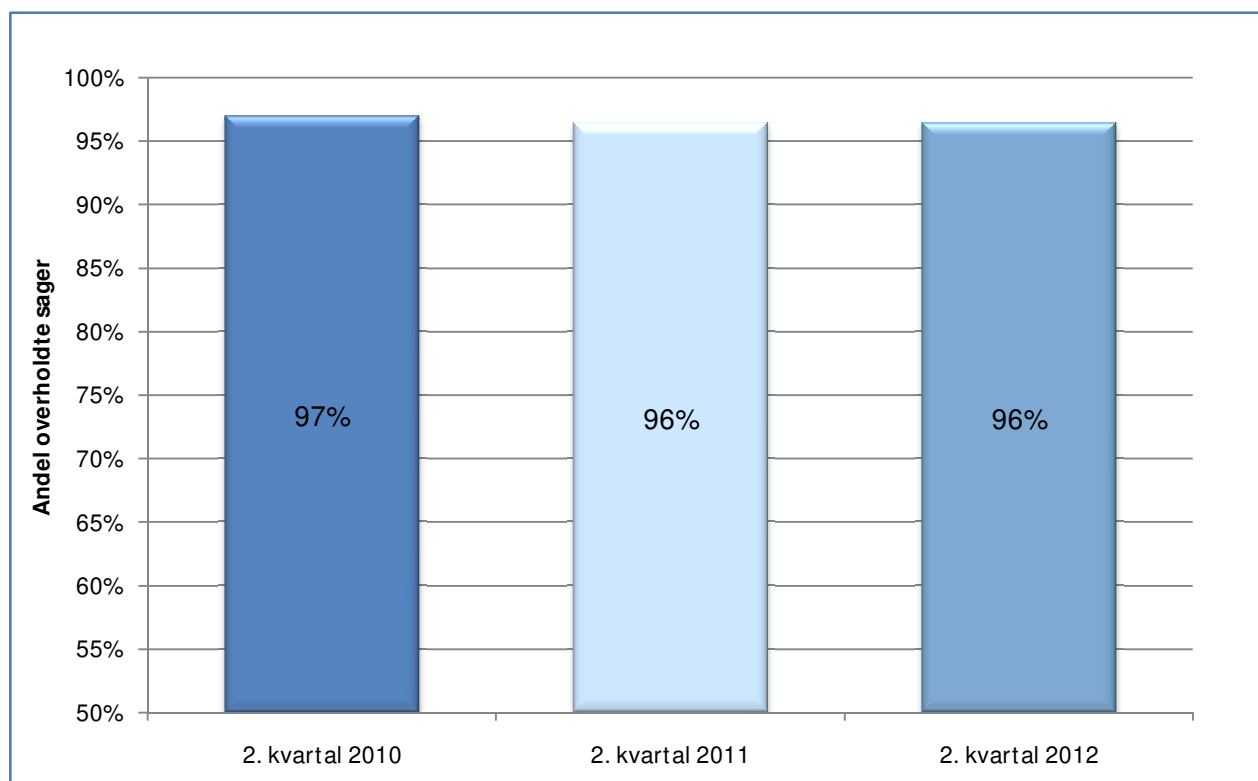
Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

Der er i 2. kvartal 2012 afsluttet i alt 143 sager. Der er i perioden sket en stigning i andelen af sager, hvor behandlingsfristen er overholdt, fra 86% af sagerne i 2. kvartal 2010 til 92% af sagerne i 2. kvartal 2012. Dermed indfries målsætningen om, at sagsbehandlingsfristen skal overholdes i mindst 80% af sagerne.

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.



141 ansøgere var omfattet af 4-ugersgarantien i 2. kvartal 2012.

Andelen af sager, hvor 4-ugersgarantien er overholdt, var 96% i 2. kvartal 2012, hvilket er 1%-point lavere end i 2. kvartal 2010. Der var i 2. kvartal 2012 kun 5 ansøgere, som ikke fik svar inden for tidsfristen. Derved er 4-ugersgarantien stort set overholdt.

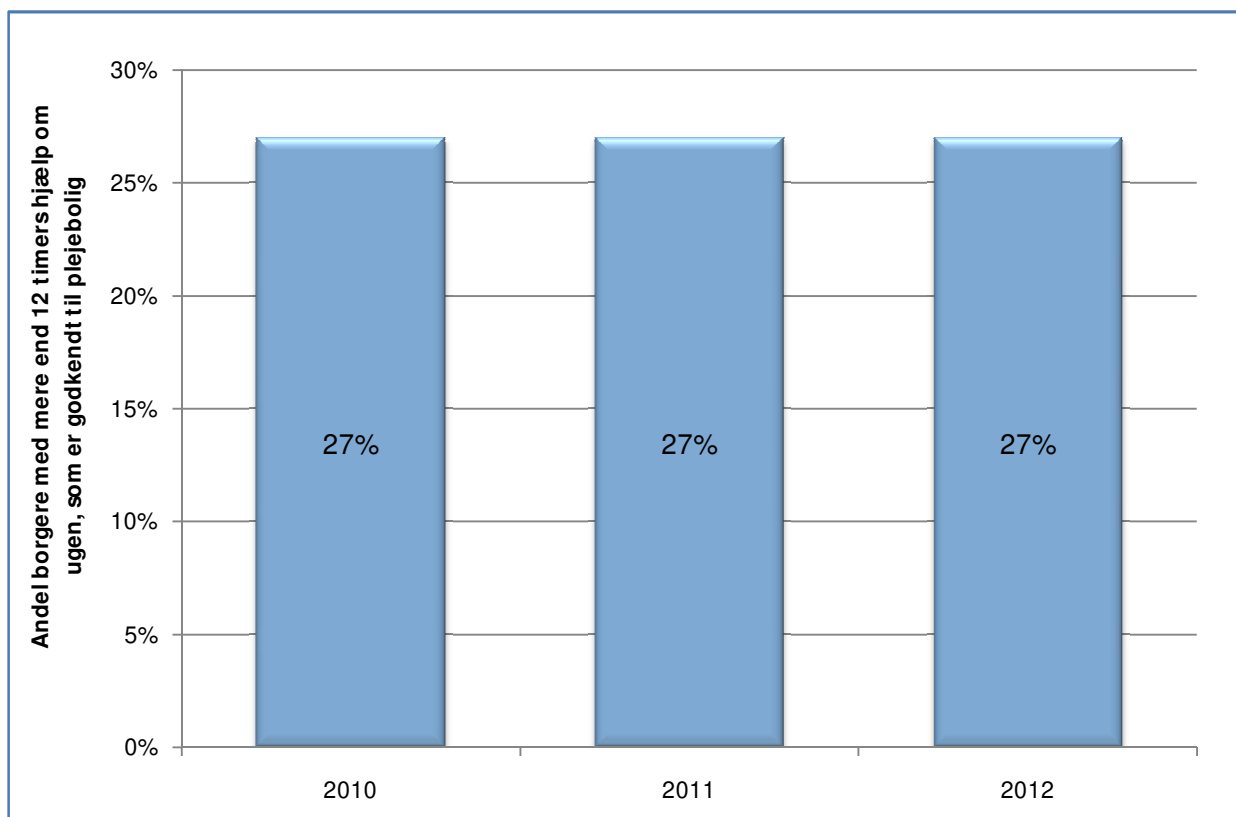
Generelt har pladsanvisningen sværere ved at overholde garantien på grund af det stigende antal plejeboliger, der lukkes eller er under modernisering. Samtidig er der fokus på tidligere indflytning i plejebolig.

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 med ældre, der modtager meget pleje, om at flytte i plejebolig 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 allerede, 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.

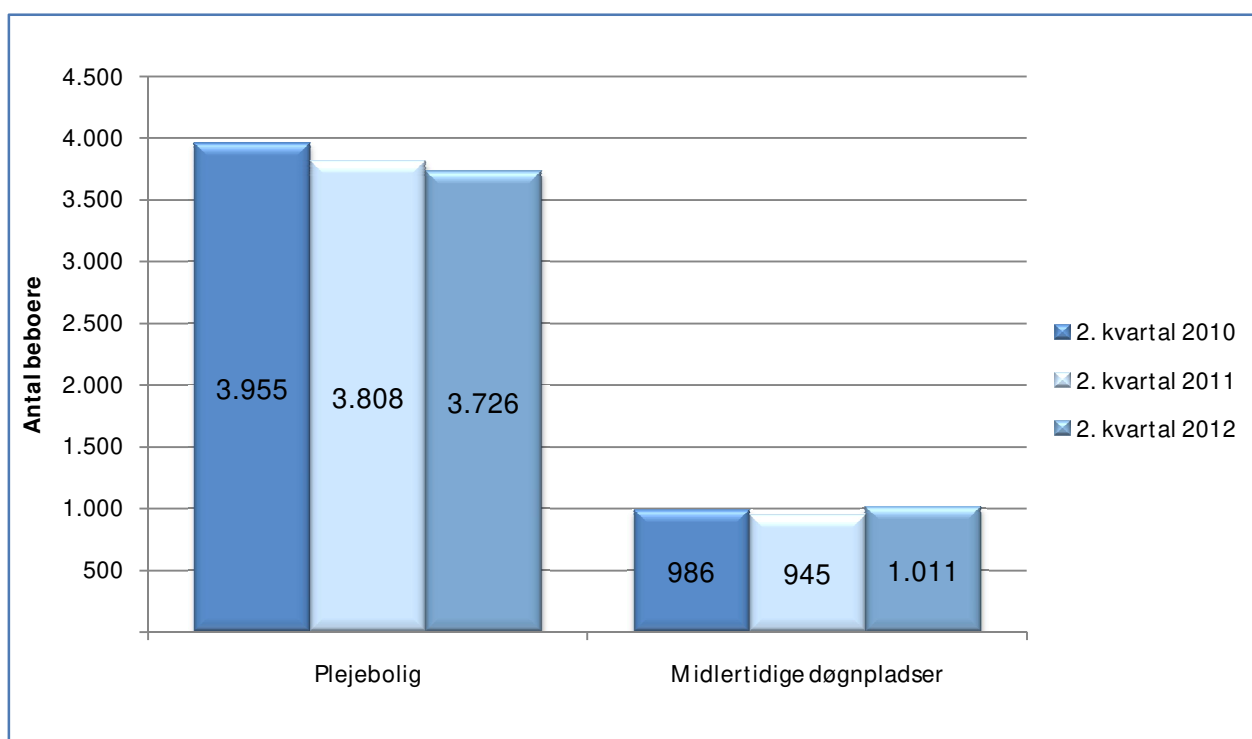
Ultimo 2. kvartal 2012 havde 1.344 borgere mere end 12 timers hjælp om ugen. Heraf var 27% blevet godkendt til plejebolig indenfor det seneste år. Denne andel har ligget på et stabilt niveau siden 2. kvartal 2010.

Visitationerne har fokus på at få de borgere, der har et stort plejebehov, motiveret til at søge plejebolig, men der er et stort pres på plejeboligerne m følge af moderniseringsplanen, hvor der er lukket en række plejeboliger. der kan være behov for yderligere indsatser for at øge indflytningen i plejeboliger, og der er derfor fremsat nogle budgetønsker for 2013 på dette område, herunder forslag om profilplejehjem.

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 3.955 beboere i 2. kvartal 2010 til 3.726 beboere i 2. kvartal 2012, hvilket svarer til et fald på 6%. 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, (akutplejeadsler, rehabiliteringspladser samt øvrige tidsbegrænsede aflastningspladser) er i samme periode steget fra 986 beboere til 1.011 beboere, hvilket svarer til en stigning på 3%. Stigningen i antal ophold på midlertidige døgnpladser skal ses i sammenhæng med at flowet på de midlertidige døgnpladser er steget, så flere beboere dermed kan få en midlertidig døgnplads i løbet af et år.

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.

	2. kvartal 2010	2. kvartal 2011	2. kvartal 2012	Udvikling ifht. 2. kvartal 2010 (%)
Antal udskrivninger	7.842	7.899	8.067	3%
Udskrivninger uden ventedage	7.578	7.622	7.807	3%
Udskrivninger med ventedage:				
1-5 dage	154	132	164	6%
6-14 dage	93	138	86	-8%
15+ dage	17	7	10	-41%
I alt udskrivninger med ventedage	264	277	260	-2%
Antal ventedage i alt	1.564	1.713	1.342	-14%

Kilde: e-Sundhed

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

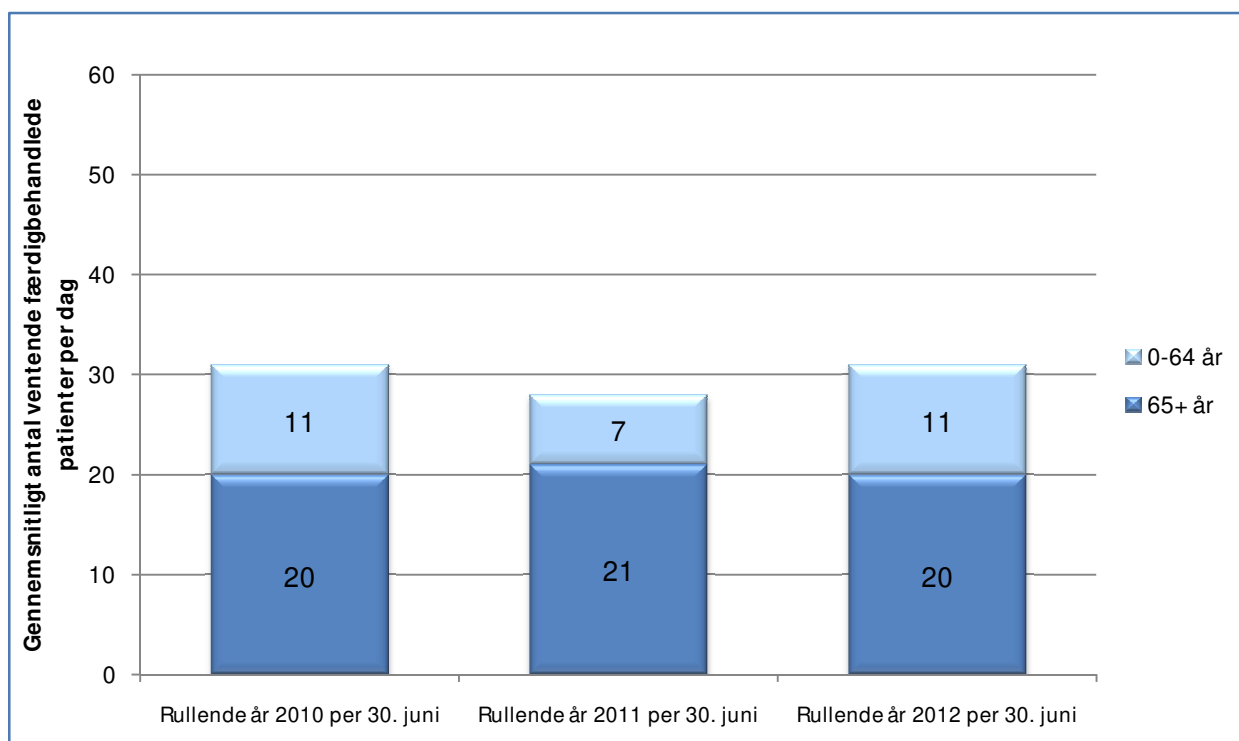
I 2. kvartal 2012 ventede 260 borgere på hjemtagning efter færdigbehandling på hospital. 164 af disse borgere ventede 1-5 dage, typisk på overflytning til en midlertidig plads. 10 borgere – svarende til 4% af alle ventende borgere –

ventede mere end 14 dage. Til sammenligning var der 17 borgere, svarende til 6%, som ventede mere end 14 dage i 2. kvartal 2010. Forvaltningen er således tæt på at opfylde sundhedsaftalens mål. Det samlede antal ventedage er faldet med 14% fra 2. kvartal 2010 til 2. 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 31 patienter i 2012, hvilket er på niveau med 2010 (rullende år). Kommunen lever derved ikke op til målsætningen om at der maksimalt må vente 11 færdigbehandlede patienter per dag.

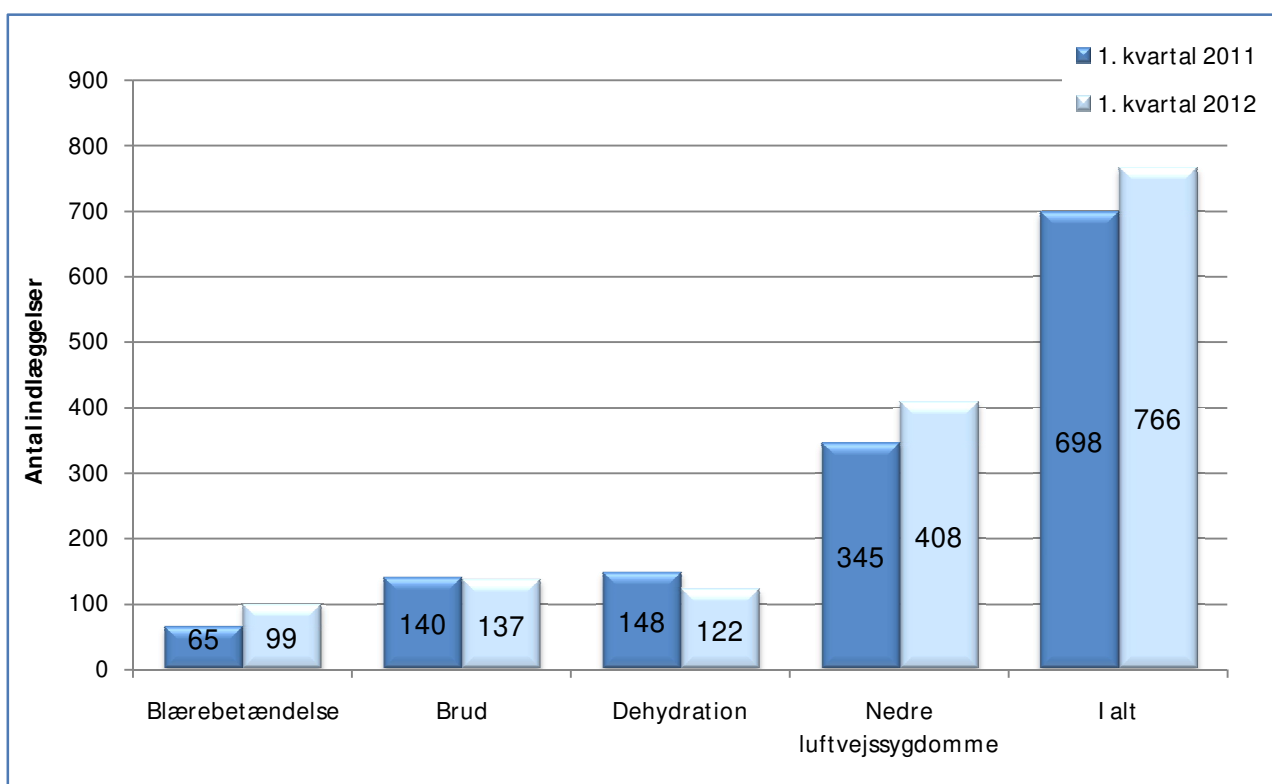
Forklaringen er bl.a. at der på grund af moderniseringsplanen er et stort pres på plejehjemspladserne, hvilket også giver en afsmittende effekt på rehabiliteringspladserne, hvor borgerne bl.a. hjemtages til.

Figur 18 – Forebyggelige indlæggelser

Tabellen viser antal forebyggelige indlæggelser af 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 'Længe Leve København', at antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser for 65+ årige borgere skal falde til 1.125 forebyggelige indlæggelser i 2014.



Kilde: Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS).

I 1. kvartal 2012 var der 766 forebyggelige indlæggelser blandt borgere, der

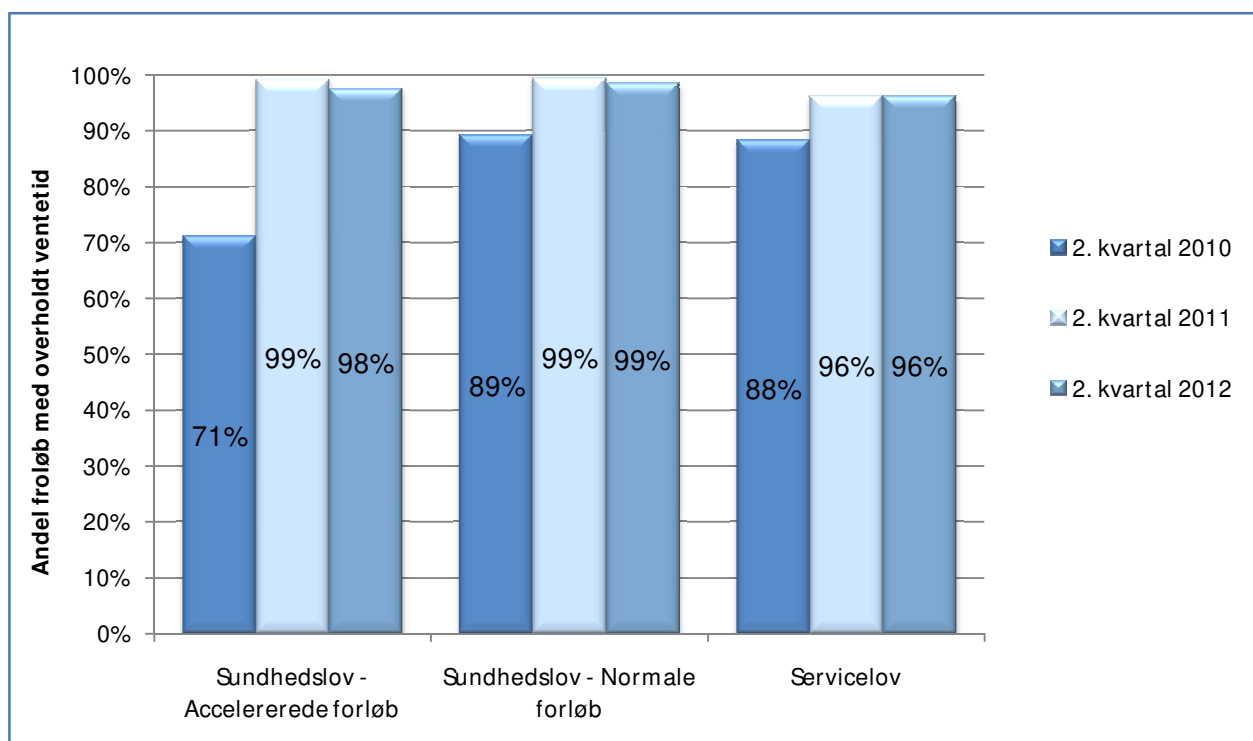
var kendt af forvaltningen inden indlæggelse, hvilket er en stigning på 10% siden 1. kvartal 2011. 766 indlæggelser på et kvartal svarer til ca. 3.000 indlæggelser om året. Der er således et stykke vej til at kunne indfri målsætningen om 1.125 indlæggelser i 2014.

Forvaltningen har iværksat indsatser med henblik på at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser, blandet andet systematisk faldforebyggelse og forskellige modeller med samarbejde mellem hospitaler, praktiserende læger og forvaltningen. Det forventes dog ikke, at indsatserne når at påvirke indlæggelserne i 2012 da der er en vis indkøringstid før der kan opnås effekter i form af færre indlæggelser.

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 højest må gå 20 hverdage, fra visitationen har modtaget en ansøgning til første aftale med et træningscenter.



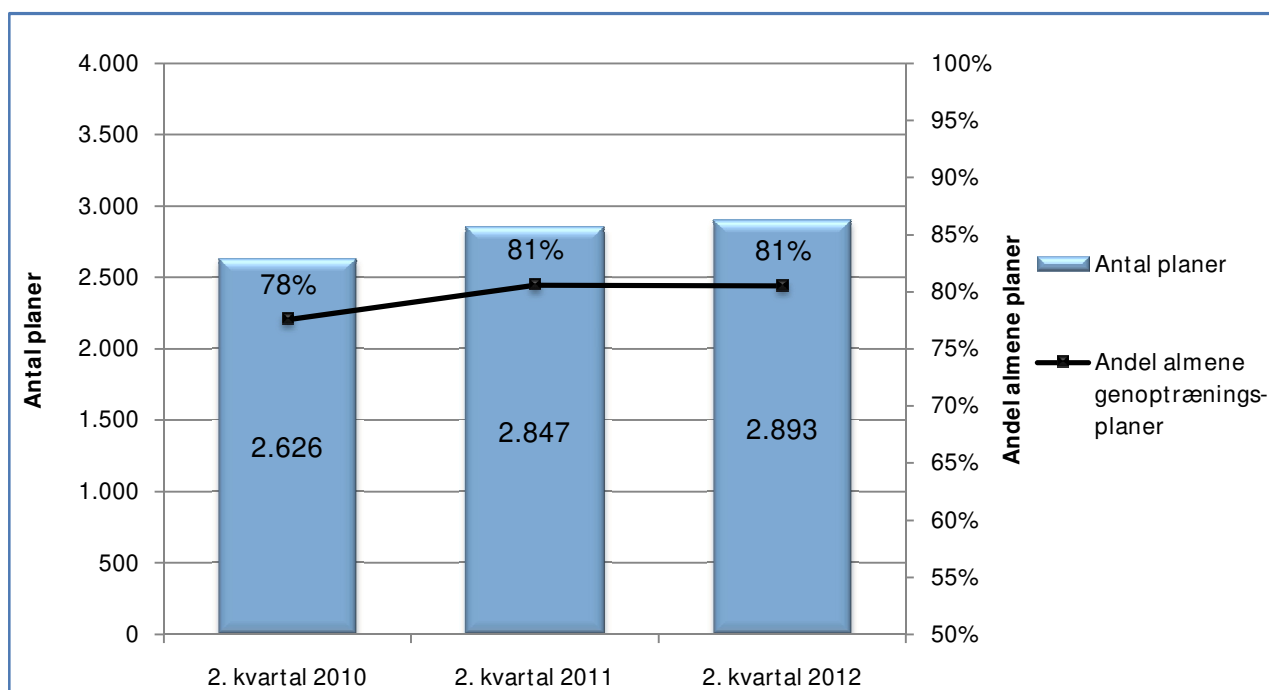
Samlet set overholdt forvaltningen stort set målene om ventetider på genoptræning. Ventetiden på accelererede genoptræningsforløb efter Sundhedsloven blev overholdt i 98% af tilfældene og ventetiden på normale genoptræningsforløb efter Sundhedsloven blev overholdt i 99% af tilfældene i 2. kvartal 2012. Ventetiden på genoptræningsforløb efter Serviceloven blev overholdt i 96% af tilfældene i 2. kvartal 2012.

Fra 2. kvartal 2010 til 2. 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 ambulant 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 10% fra 2.626 planer i 2. kvartal 2010 til 2.893 planer i 2. kvartal 2012.

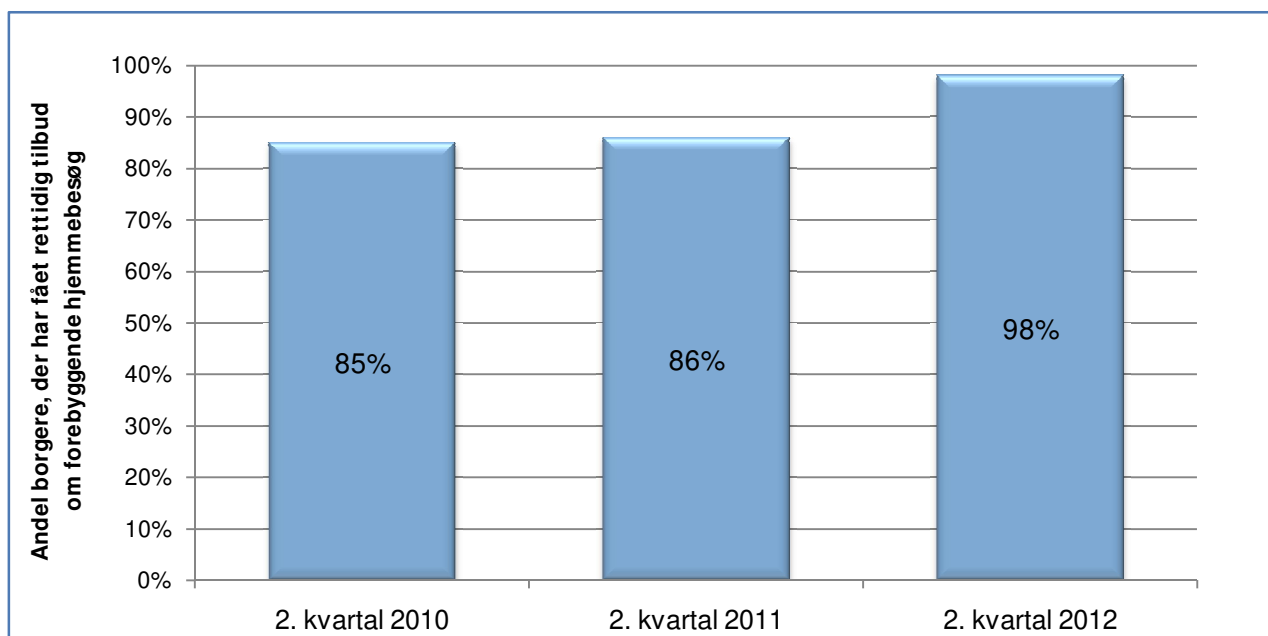
Samtidig er andelen af almene genoptræningsforløb, der varetages af kommunen, steget fra 78% i 2. kvartal 2010 til 81% i 2. kvartal 2012, hvilket er en stigning på 3%-point.

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 et forebyggende hjemmebesøg er at tilbyde en samtale, der sætter fokus på at styrke borgernes trivsel, trykthed og sundhed. Borgere, der allerede modtager både personlig pleje og praktisk hjælp, tilbydes ikke et årlige 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 2. kvartal 2010-2011.

I 2. kvartal 2012 modtog 98% af hjemmeboende borgere over 75 år, der ikke samtidig modtog personlig pleje og/eller praktisk hjælp, et rettidigt tilbud om

forebyggende hjemmebesøg. Andelen af borgere, som rettidigt modtager et tilbud for forebyggende hjemmebesøg, er steget fra 85% i 2. kvartal 2010.

7.3: FOREBYGGELSE OG FOREBYGGELSESCENTRENE

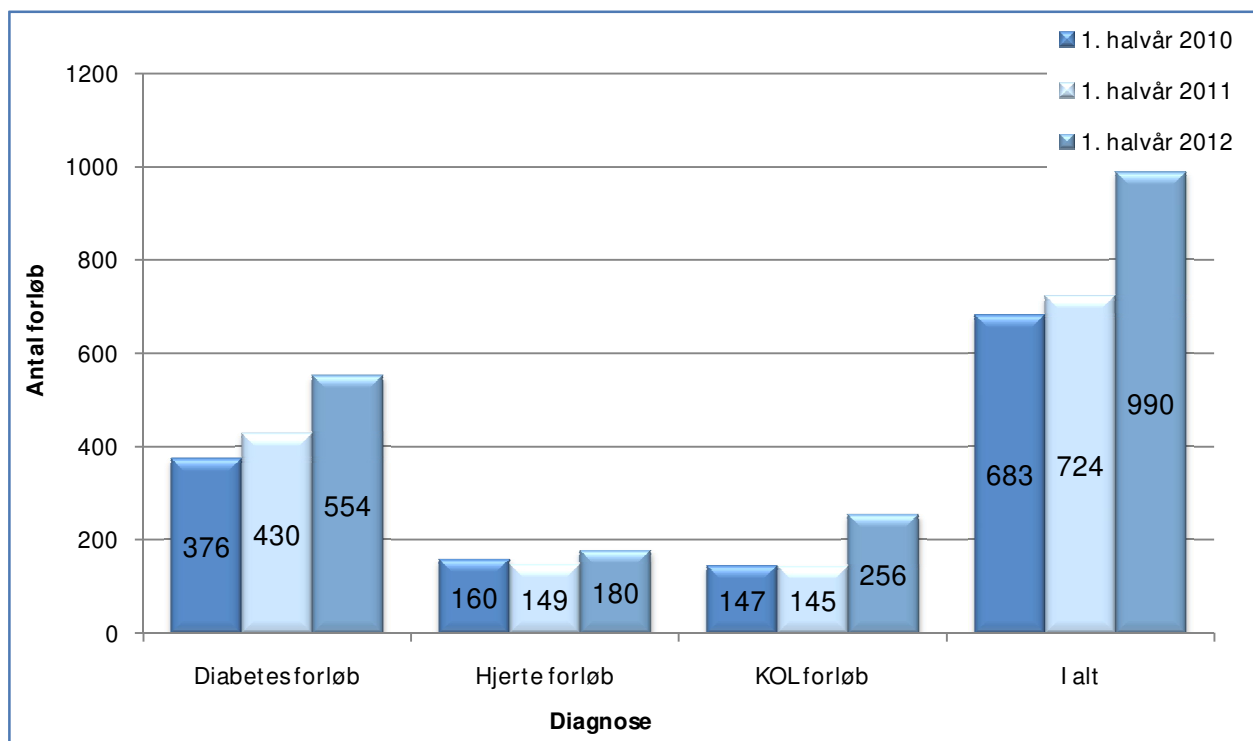
Figur 22 – Patientrettede forebyggelsesforløb

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 forløb årligt i 2014.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og Sundhedsportalen

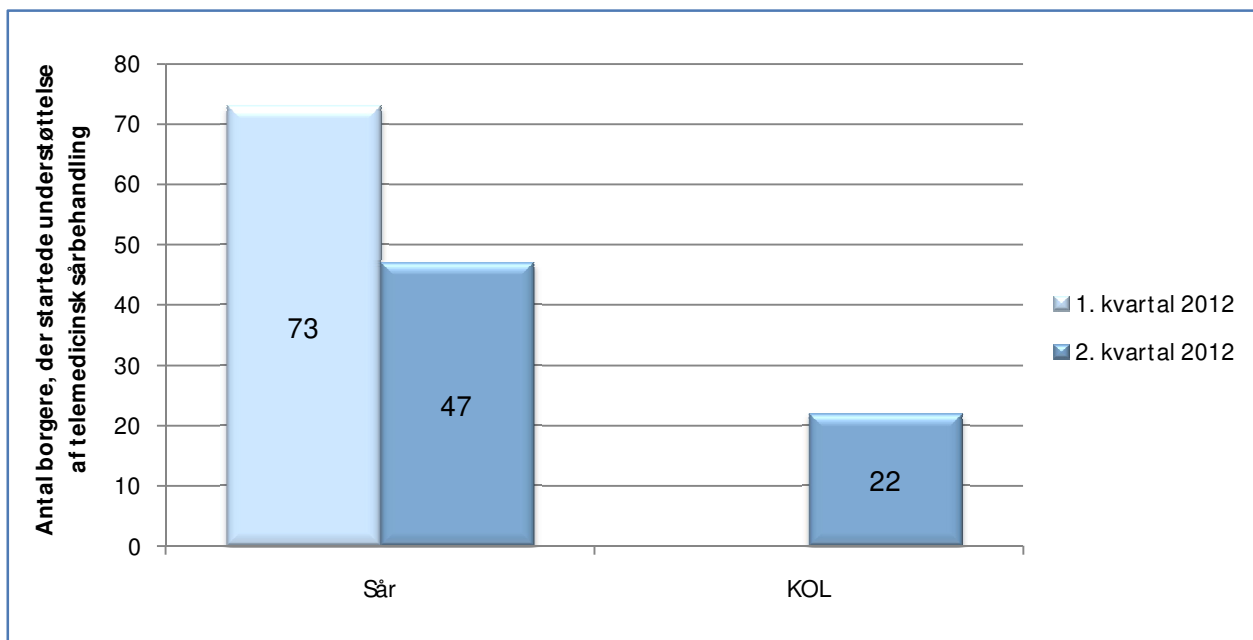
I 1. halvår 2012 var der 554 diabetesforløb, 180 hjerteforløb og 256 KOL forløb, hvilket er en stigning på henholdsvis 47%, 13% og 74% siden 1. halvår 2010. Stigningerne skyldes bl.a. at der er åbnet et nyt forebyggelsescenter i Vanløse i 2011. Samtidig arbejder forvaltningen løbende på at bedre kommunikation mellem forebyggelsescentrene og de henvisende instanser.

Samlet set modtog 990 kronisk syge borgere i 1. halvår 2012 et forløb. Det tyder på at forvaltningen allerede i 2012 vil komme tæt på at nå målet for 2014.

Figur 23 – Telemedicin

Figuren viser antallet af borgere, som er opstartet med understøttelse af telemedicinsk behandling for 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. I 2012 er der fastlagt et administrativt delmål om understøttelse af hhv. 250 borgere med sår og 75 borgere med KOL.



Kilde: DanskTelemedicin A/S

Note: Telemedicinsk behandling af borgere med KOL startede op 16. april 2012. Forvaltningen har yderligere et projekt med telemedicinsk behandling af borgere med diabetes. Der er i 2. kvartal 2012 inkluderet 44 borgere i projektet, men den telemedicinske behandling opstartes først i juli 2012, derfor indgår de ikke i figuren.

I 2. kvartal 2012 var der 47 borgere, som startede understøttelse af telemedicin for sår. Efter 1. halvår 2012 er ca. 48% af målet vedrørende sårbehandlingspatienter opnået, hvilket tyder på at målet indfries for så vidt angår sårbehandling. Telemedicinsk understøttelse af KOL-patienter er først startet i 2.

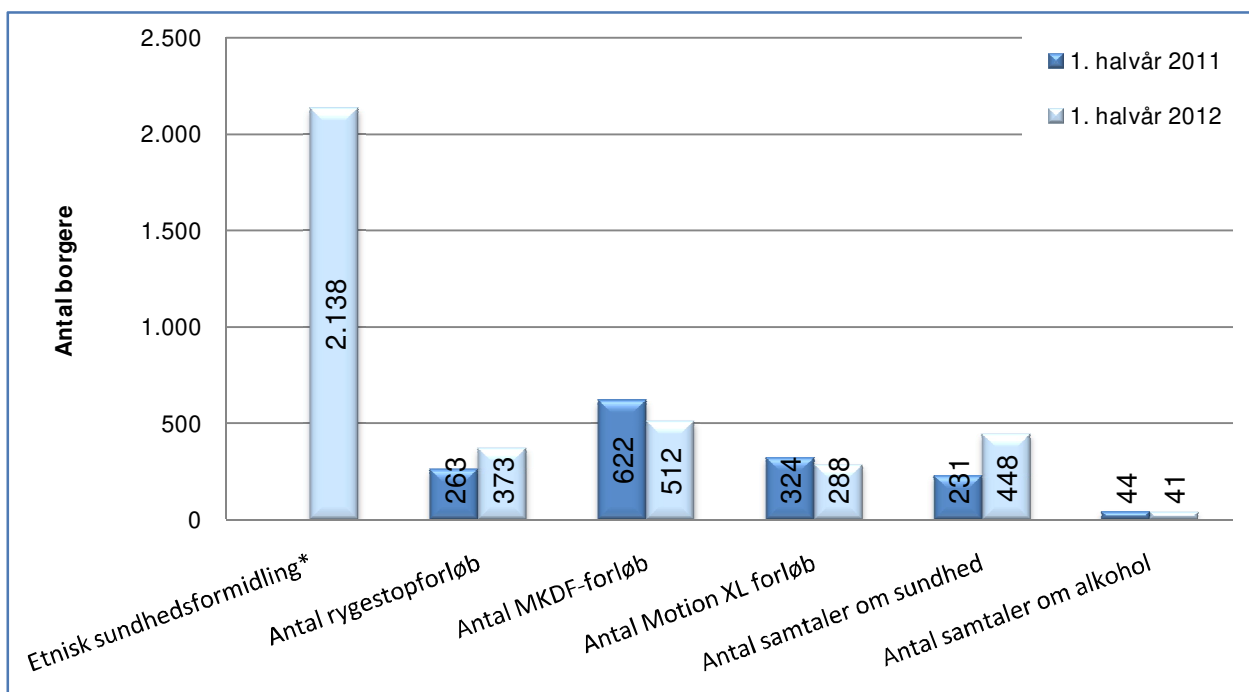
kvartal 2012, så det er endnu for tidligt at vurdere, om måltallet for KOL-behandling kan nås i 2012..

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.

Figur 24– Borgerrettede forebyggelsesforløb

Figuren viser antal borgere, som har påbegyndt borgerrettede forebyggelsesforløb i 1. halvår 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. Der er fastlagt et administrativt delmål for 2012 på 7.720 borgere.



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.

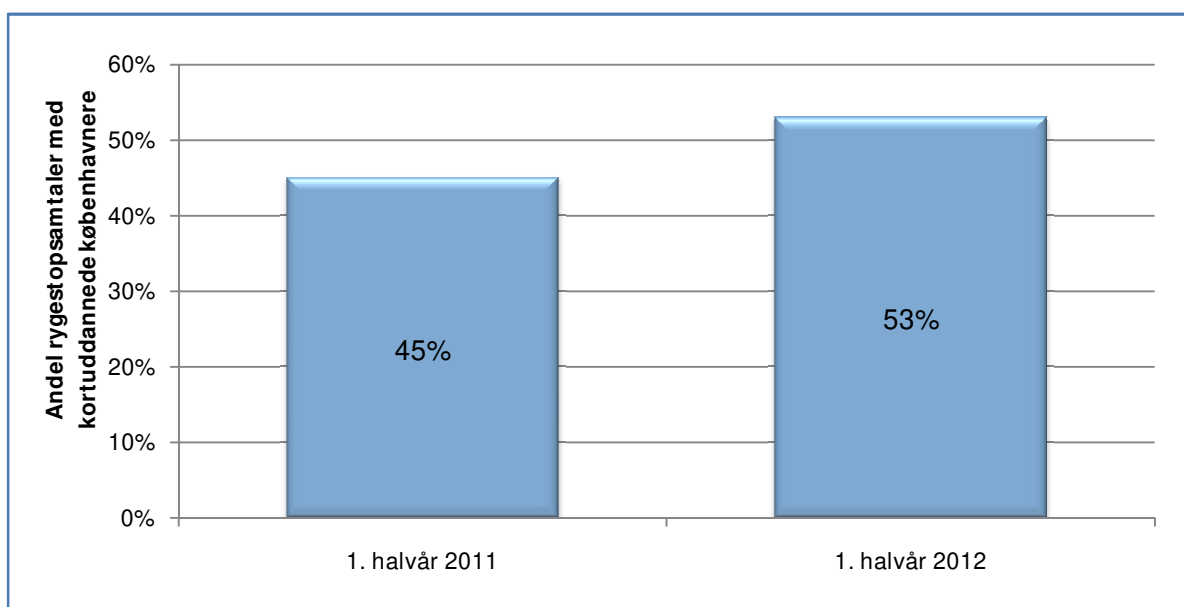
*Etnisk sundhedsformidling svarer til antal personer, med etnisk minoritetsbaggrund, der har deltaget i et dialogmøde.

I 1. halvår 2012 var der i alt 3.799 borgere, som modtog et forebyggelsestilbud vedrørende kost, fysisk aktivitet, rygning og alkohol. Det betyder at 49% af forvaltningens målsætning er opnået efter 1. halvår 2012, og indikerer at forvaltningen kan nå det administrative delmål for 2012.

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. halvår 2012 var der 176 kortuddannede københavnere, der deltog i en rygestopsamtale fra STOPLINIEN, svarende til 53% af alle rygestopsamtaler med københavnere. Dette er en stigning i forhold til 1. halvår 2011, hvor 111 kortuddannede københavnere (45%), deltog i en rygestopsamtale. Målet for 2014 er således opfyldt i 1. halvår 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.

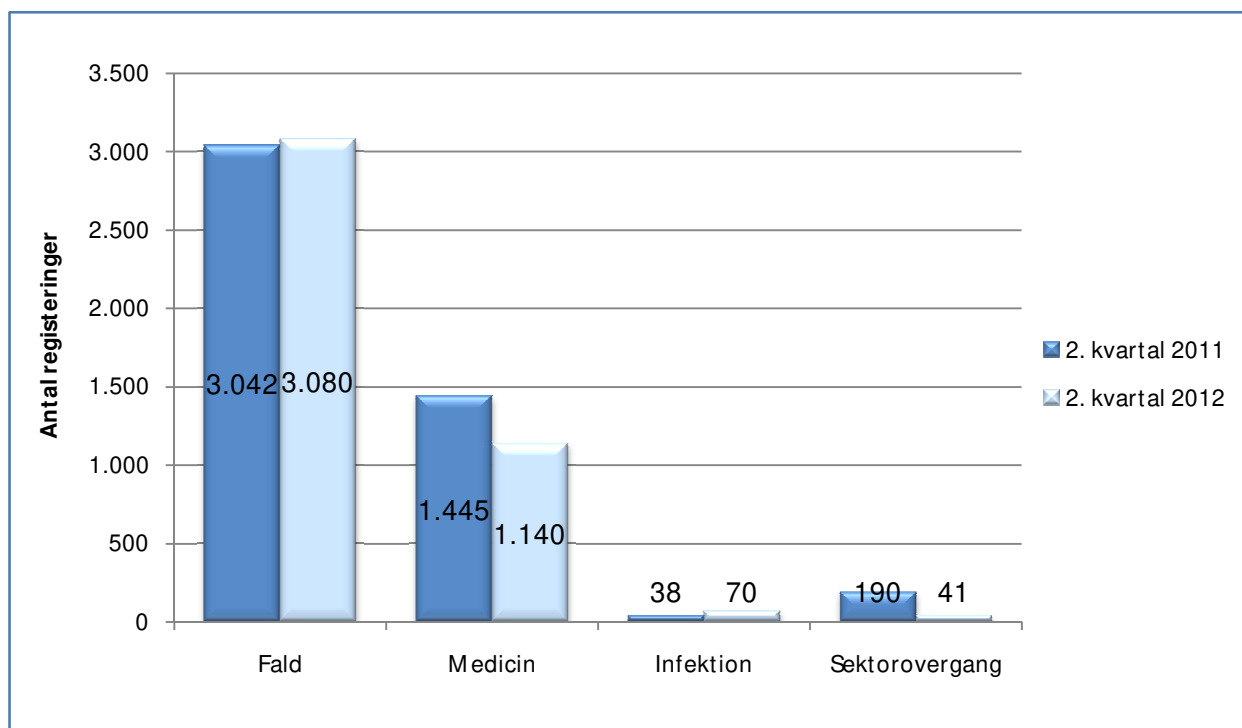
KAPITEL 8: DOKUMENTATION OG TILSYN

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

Der er i første halvår 2012 endnu kun gennemført og afrapporteret ét kommunalt tilsyn med hjemmeplejen/sygeplejen grundet udvikling af nyt tilsynskoncept i første kvartal 2012. Derfor er der ikke udarbejdet en tabel over kommunale tilsyn med hjemmepleje/sygepleje til denne administrationsrapport. Det tilsyn, som er gennemført og afrapporteret i 1. halvår 2012, er et opfølgende tilsyn med sygeplejen på Nørrebro, Det opfølgende tilsyn med sygeplejen Nørrebro blev ikke godkendt. Der er iværksat en række indsatser for at forbedre kvaliteten af medicinbehandlingen i sygeplejen Nørrebro..

Figur 26 – Utilsigtede hændelser

Figuren viser antal registrerede utilsigtede hændelser i hjemmepleje, sygepleje, plejeboliger og rehabiliteringsafdelinger.



Note: Det er ikke sammenlignelige data for 2. Kvartal 2010.

I 2. kvartal 2012 var der registeret 4.331 utilsigtede hændelser i hjemmeplejen og plejeboligenhederne. De fleste utilsigtede hændelser skyldes fald (71%) og medicin (26%). Det er lovpligtigt at registre utilsigtede hændelser.

Tabel 2 – 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 plejeboligenhed. Tilsynene gennemføres af BDO Kommunernes Revision. 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.

Alle plejeboligheder, der får konstateret alvorlige fejl og mangler ved uanmeldte kommunale tilsyn, skal udarbejde en handlingsplan for opfølgning. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen følger løbende op på handlingsplanerne, og tre måneder efter et ikke-godkendt tilsyn foretages der et opfølgende tilsyn.

Ifølge Københavns Kommunes kvalitetsmål må ingen plejeboliger eller hjemmeplejeenheder, der er genstand for uanmeldte kommunale tilsyn, gå igennem et kalenderår uden at blive godkendt ved tilsynet.

	I alt 2012	I alt 2011	I alt 2010
Tilsynsbesøg			
Antal plejeboligheder	43	42	45
Antal gennemførte tilsyn	4	42	45
Andel gennemførte tilsyn	9%	100%	100%
Tilsynsresultater			
Antal godkendte tilsyn	4	37	37
Antal tilsyn godkendt med mangler	0	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

Der er i 1. halvår 2012 gennemført og afrapporteret 4 kommunale uanmeldte tilsyn. Alle 4 tilsyn blevet godkendt. Derved er Københavns Kommunes kvalitetsmål indtil videre opnået.

Tabel 3 – 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
Tilsynsbesøg			
Antal plejeboligheder, der skal have tilsyn	34	38	34
Antal gennemførte tilsyn	7	39	34
Andel gennemførte tilsyn	21%	100%	100%
Tilsynsresultater			
1. Ingen bemærkninger	2	1	0
2. Fejl og mangler, meget lille patient-sikkerhedsrisiko	1	15	4
3. Fejl og mangler med patient-sikkerhedsrisiko	4	20	27
4. Alvorlige fejl og mangler	0	3	3
5. Anledning til alvorlig kritik	0	0	0
Andel tilsyn i kategori 1, 2 eller 3	100%	92%	91%
Gennemsnitlig score for tilsynsresultater	2,4	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.

Embedslægen har gennemført og afrapporteret 7 tilsynsbesøg på københavnske plejeboligheder i 1. halvår 2012. 2 plejeboligheder har fået vurderingen 'Ingen bemærkninger', 1 plejebolighed har fået vurderingen 'Fejl og mangler, meget lille patient-sikkerhedsrisiko', og 4 tilsyn resulterede i vurderingen 'Fejl og mangler med patient-sikkerhedsrisiko'. Ingen plejeboligheder har fået vurderingerne 'alvorlige fejl og mangler' eller 'anledning til alvorlig kritik'. Den gennemsnitlige score for embedslægetilsynene er forbedret fra 3,0 i 2010 til 2,4 i 1. halvår 2012.

Tabel 4 – Klager

Tabellen viser antallet af færdigbehandlede klagesager i 1. og 2. kvartal 2012 fordelt på udfald, samt udfald af de enkelte klagetemaer i klagesagerne.

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

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

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

	Ikke medhold	Medhold	Andet	I alt	1. halvår 2011
Antal færdigbehandlede klagesager fordelt på samlet udfald af klagesagen	72	18	1	91	105
Klagetemaer					
Afgørelse	84%	15%	1%	100%	n/a
Praktisk udførelse	54%	42%	4%	100%	n/a
Personalets adfærd	0%	0%	0%	0%	n/a
Andet	67%	17%	16%	100%	n/a
I alt	79%	20%	1%	100%	n/a
Antal færdigbehandlede klagesager per 1.000 brugere i forvaltningen	3,1	0,7	0,1	3,9	4,1

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

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

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

I 1. halvår 2012 har forvaltningen færdigbehandlet 91 klagesager, hvilket svarer til 3,9 klagesager per 1.000 brugere i forvaltningen. Antallet af klagesager er faldet siden 1. halvår 2011, hvor der var 4,1 klagesag per 1.000 modtagere. I 20% af klagerne blev der givet medhold i mindst ét af klagetemaerne. Den største andel af medhold ses inden for klagetemaet 'Praktisk udførelse' (42%), mens den laveste andel ses for 'Afgørelse' (15%).

KAPITEL 9: MEDARBEJDERE

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

9.1: MEDARBEJDERE

Tabel 5 – Antal fastansatte medarbejdere fordelt på ydelsesområde

Tabellen viser antal fastansatte medarbejdere (herunder elever) i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fordelt på ydelsesområder.

	Ultimo 2. kvartal 2010	Ultimo 2. kvartal 2011	Ultimo 2. kvartal 2012	Procent- fordeling	Udvikling fra 2010 til 2012
Visitation, administration og bydækkende tilbud	469	388	403	5%	-14%
Hjemmepleje og sygepleje	2.098	1.948	1.858	23%	-11%
Bo- og aktivitetstilbud	3.724	3.647	3.569	44%	-4%
Træning og genoptræning	257	258	242	3%	-6%
Sundhed og forebyggelse	172	207	213	3%	24%
Lovpligtige uddannelser	1.404	1.400	1.240	15%	-12%
Centrale støttefunktioner	515	516	512	6%	-1%
I alt	8.639	8.364	8.037	100%	-7%

Kilde: Rubin

De største ydelsesområder i forvaltningen er 'Bo- og aktivitetstilbud' samt 'Hjemmepleje og sygepleje', hvor i alt 5.427 af de fastansatte medarbejdere i forvaltningen er ansat. På disse ydelsesområder har der været et fald i antal fastansatte fra 2. kvartal 2010 til 2. kvartal 2012 på henholdsvis 4% og 11%.

Det tredjestørste område er de 'Lovpligtige uddannelser', som omfatter forvaltningens elever. Området udgør 15% af forvaltningens medarbejdere. Der er sket et fald på 12% i antal elever på lovpligtige uddannelser siden 2. kvartal 2010.

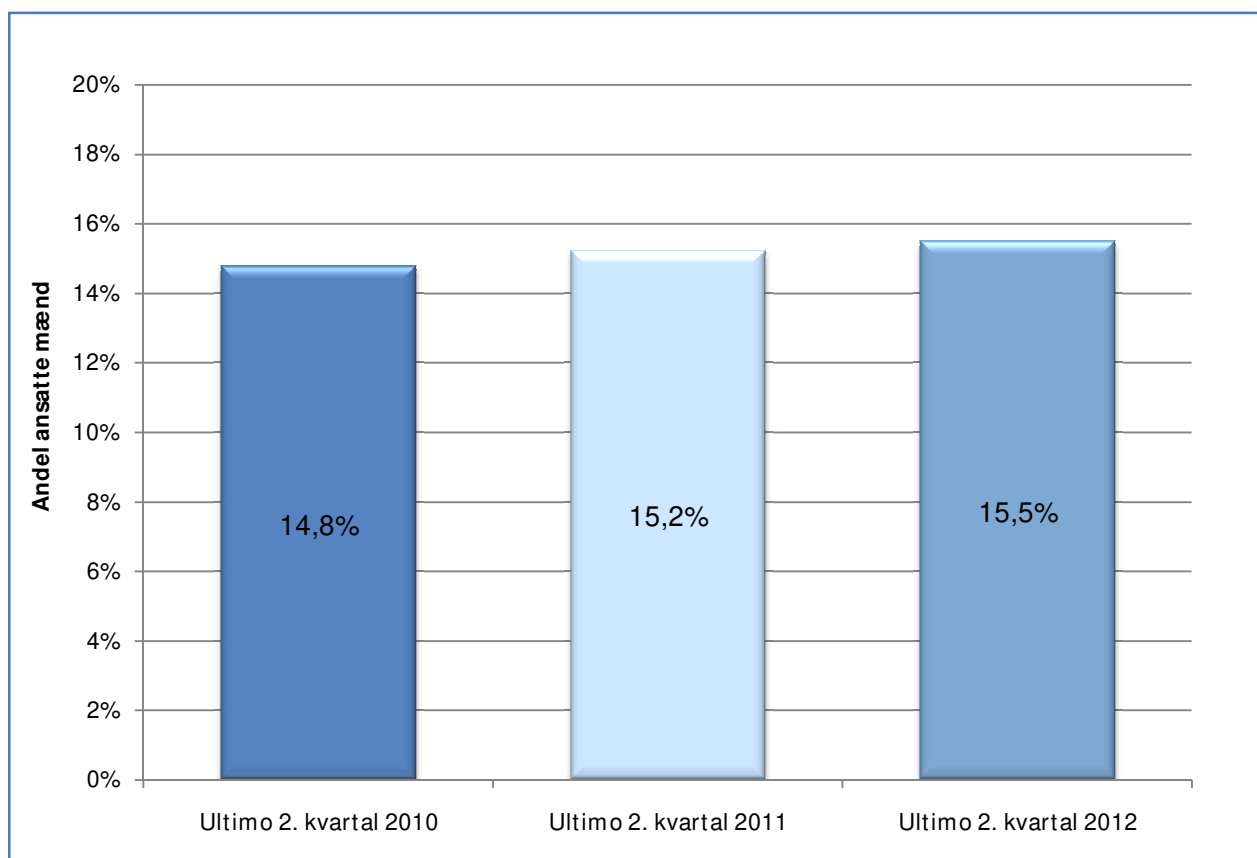
De to mindste ydelsesområder er 'Træning og genoptræning' og 'Sundhed og forebyggelse', der begge beskæftiger 3% af medarbejderne. Siden 2. kvartal 2010 er antallet af medarbejdere indenfor disse områder faldet med henholdsvis 6% og steget med 24%.

Samlet set har der været et fald i antal fastansatte medarbejdere på 7% fra 2. Kvartal 2010 til 2. Kvartal 2012.

Figur 27 – 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

Ultimo 2. kvartal 2012 var der 1.256 fastansatte mænd i forvaltningen. Det svarer til 15,5% af alle ansatte hvilket er en stigning på 0,7%-point siden 2. kvartal 2010. Med den nuværende udvikling vil målet ikke nås i 2014.

Forvaltningen har iværksat en række indsatser for at øge andelen af mænd. På elevområdet er der stor fokus på rekruttering af mænd, hvor der er indledt et samarbejde med Sosu København & Nordsjælland om sammenhængende uddannelsesforløb på Sosu-uddannelsen med fokus på sundhedsteknologi. Det forventes at der kan rekrutteres mænd fra andre målgrupper via denne

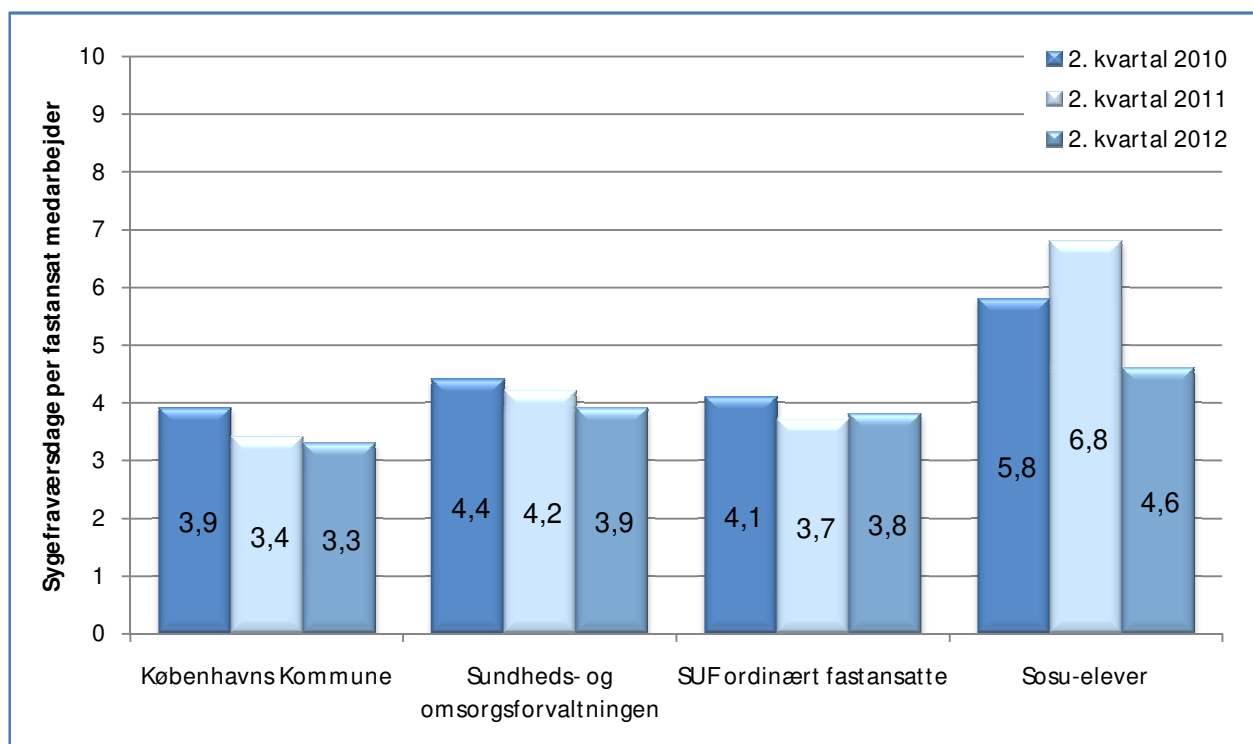
indsats. I forbindelse med kommunens ligestillingshandlingsplan er der iværksat yderligere tværgående initiativer for at styrke rekrutteringen og fastholdelsen af mænd.

9.2: SYGEFRAVÆR

Figur 28 – 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 2. kvartal 2010 – både i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, og i Københavns Kommune generelt.

Forvaltningens sygefravær i alt var 3,9 kalenderdage per fastansat medarbejder i 2. kvartal 2012, hvilket er et fald på 0,5 kalenderdage siden 2. kvartal 2010. Med den nuværende udvikling vil forvaltningen opfylde målet for 2012.

Sygefraværet for ordinært fastansatte medarbejdere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er faldet med 0,3 kalenderdage, og sygefraværet for sosu-elever er faldet med 1,2 kalenderdage fra 2. kvartal 2010 til 2. kvartal 2012. Sygefraværet for sosu-elever er faldet med 2,2 kalenderdage siden 2. kvartal 2011.

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

Fastholdelse

I Reformprogrammet 'Aktiv og Tryk Hele Livet' er der et mål om, at 80% af de nye medarbejdere fortsat er ansat ét år efter ansættelsen i 2015.

En kortlægning har vist, at en stor del af de medarbejdere, der stopper deres ansættelse inden for et år, stopper fordi de er ansat i tidsbegrænsede stillinger. Den hidtidige opgørelsesmetode af fastholdelsesprocenter har omfattet både fastansatte og midlertidige ansættelser og er derfor ikke hensigtsmæssig. Forvaltningen vil til kvartalsrapporten for 3. kvartal 2012 udarbejde en opgørelse af fastholdelsesraten, som udelukkende omfatter fastansatte medarbejdere.

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 6 – 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%
Antal 65+ år borgere	33.570	23.496	57.066	10%	4%

Kilde: Københavns Kommunes Folkeregisteropgørelse og Danmarks Statistik.

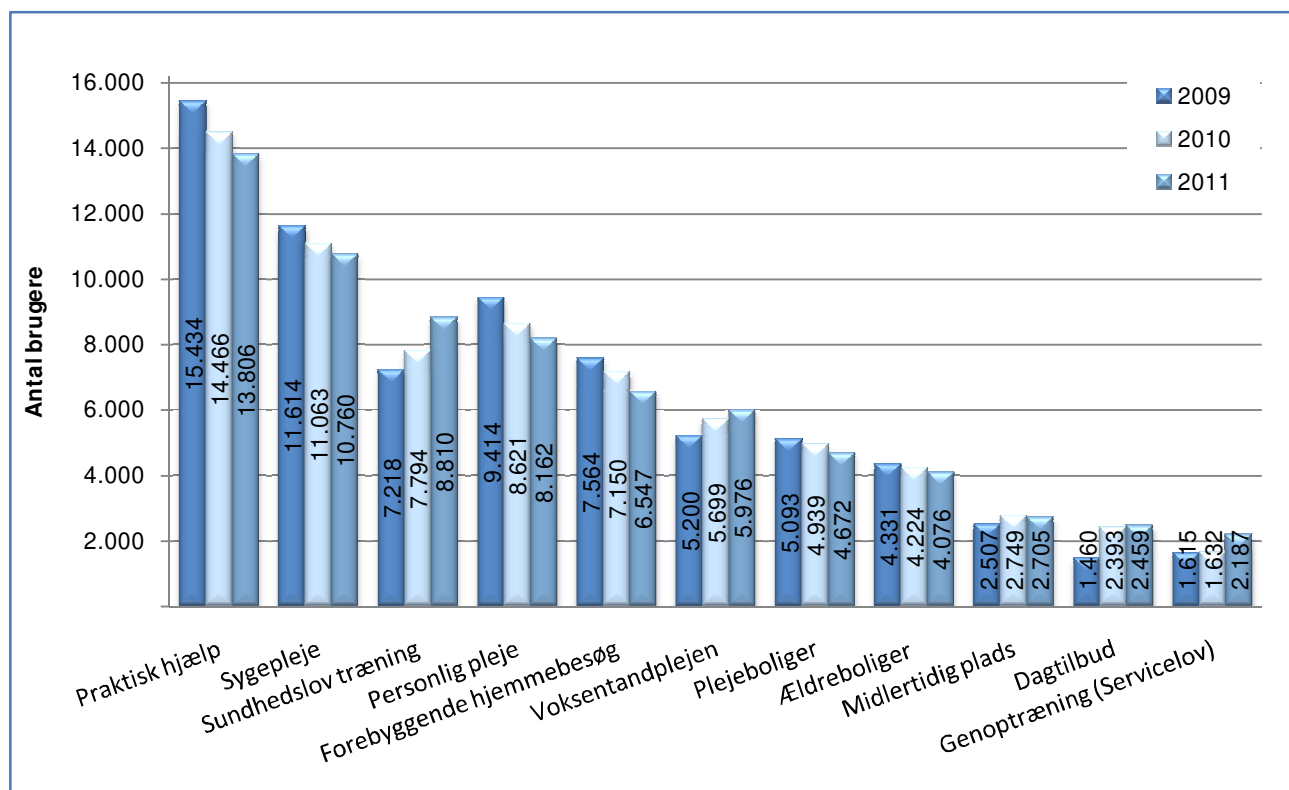
Københavns Kommunes befolkning udgøres af 549.050 borgere ved udgangen af 2011, hvilket er en stigning på 4% sammenlignet med samme tidspunkt 2009. 57.066 borgere – svarende til 10% – er over 65 år. Der er i perioden 2009 til 2011 blevet 4% flere borgere i aldersgruppen 65+.

8% af borgerne er 65-79 år, mens 3% er 80 år eller derover. Befolknings sammensætningen 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 plejebenhov (jf. tabel 6).

FIGUR- OG TABELOVERSIGT

Figur 1 – Medicineringskæden.....	26
Figur 2 – Sagsbehandlingstider på hjemmeplejeområdet.....	28
Figur 3 – Kommunale hjemmeplejebesøg og hjemmeplejeburere.....	30
Figur 4 – Visiterede timer til brugere, der har valgt private hjemmeplejeleverandører	31
Figur 5 – Hjemmeplejeburere fordelt på plejetyngde.....	32
Figur 6 – Brug af aktiverende ydelser til nyvisiterede borgere.....	33
Figur 7 – Brug af hverdagsrehabiliterende ydelser	34
Figur 8 – Antal forskellige hjælpere i dagtimerne.....	35
Figur 9 – Antal forskellige hjælpere i aftentimerne.....	36
Figur 10 – Sygeplejebesøg og sygeplejeburere.....	37
Figur 11 – Sygeplejekategorier	38
Figur 12 – Borgere i sygeplejeklinik.....	39
Figur 13 – Sagsbehandlingstider på plejeboligområdet	40
Figur 14 – 4-ugersgarantien for plejeboliger.....	41
Figur 15 – Tidligere dialog og flytning til plejebolig	42
Figur 16 – Ophold i plejebolig og midlertidige døgnpladser	43
Figur 17 – Antal ventende færdigbehandlede patienter per dag	45
Figur 18 – Forebyggelige indlæggelser.....	46
Figur 19 – Ventetider på genoptræning	47
Figur 20 – Genoptræningsplaner.....	48
Figur 21 – Forebyggende hjemmebesøg.....	49
Figur 22 – Patientrettede forebyggelsesforløb	50
Figur 23 – Telemedicin	51
Figur 24– Borgerrettede forebyggelsesforløb.....	52
Figur 25 – Rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere	53
Figur 26 – Utilsigtede hændelser.....	54
Figur 27 – Andel fastansatte mænd	60
Figur 28 – Sygefravær sammenlignet med Københavns Kommune	61
Figur 29 – Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver	63
Figur 30 – Brugere af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser.....	65
Tabel 1 – Ventedage efter færdigbehandling	44
Tabel 2 – Kommunale tilsyn med plejeboligheder.....	55
Tabel 3 – Embedslægetilsyn med plejeboligheder.....	56
Tabel 4 – Klager	57
Tabel 5 – Antal fastansatte medarbejdere fordelt på ydelsesområde.....	59
Tabel 6 – Borgere i Københavns Kommune fordelt på aldersgrupper og køn.....	64

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